

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет (ВГМУ)
Кафедра дерматовенерологии и косметологии



В.М. Козин, М.А. Катина, Ю.В. Козина

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

**Методические рекомендации для субординаторов
акушеров-гинекологов**

Витебск, 2021

УДК: 616.5+616.97]:618(072)

ББК: 55.8я73

Д36

Составители: сотрудники кафедры дерматовенерологии и косметологии ВГМУ - профессор Козин В.М., доцент Катина М.А, доцент Козина Ю.В.

Рецензент: Д.М. Семенов, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ВГМУ.

Д36 Козин, В.М.

Дерматовенерология : метод. рекомендации для субординаторов акушеров – гинекологов / профессор Козин В.М., доцент Катина М.А, доцент Козина Ю.В. – Витебск: ВГМУ, 2021. – 66 с.

ISBN 978-985-580-036-2

Методические рекомендации «Дерматовенерология» представляет учебно-методический комплекс, разработанные для студентов лечебного факультета субординаторов акушеров-гинекологов по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» МЗ РБ. В приведенных рекомендациях собраны материалы, облегчающие подготовку к практическим занятиям по дисциплине «Дерматовенерология», включающие программу, календарно-тематический план по данной дисциплине, материалы для самоконтроля знаний в виде клинических задач и тестов с ответами и пояснениями.

Издается по решению Научно-Методического Совета УО «ВГМУ» (протокол № 1, дата 20 января 2021г.)

ISBN 978-985-580-036-2

©В.М. Козин, М.А. Катина, В.М. Козин,
Ю.В. Козина, 2021

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2021

Содержание

1. Пояснительная записка.....	5
2. Календарно-тематический план дисциплины «Дерматовенерология»...	7
3. Тематический план изучения дисциплины «Дерматовенерология».....	8
4. Программа учебной дисциплины «Дерматовенерология».....	9
5. Учебно-методическая карта учебной дисциплины «Дерматовенерология» профиля субординатуры «Акушерство и гинекология».....	14
6. Перечень средств обучения.....	15
7. Перечень средств диагностики учебной деятельности.....	15
8. Перечень литературы (основной и дополнительной).....	16
9. Учебно-тематический план семинарских занятий.....	17
10. Перечень выносимых на зачет теоретических вопросов.....	25
11. Перечень выносимых практических навыков на зачет с описанием алгоритмов их выполнения.....	27
12. Темы рефератов.....	32
13. Методические рекомендации по контролируемой самостоятельной работе.....	32
14. Материалы для самоконтроля и контроля знаний студентов (клинические задачи, тесты).....	33
15. Карта УМК по дисциплине «Дерматовенерология».....	66

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дерматовенерология – дисциплина, изучающая причины, механизм развития, проявления, методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи, а также инфекционной патологии человека, передаваемой половым путем.

Базовая учебная программа разработана в соответствии с учебным планом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» (2012 г., регистр № УД-19/р).

Цель изучения дисциплины состоит в формировании у студентов акушеров-гинекологов 6-го курса и приобретении ими научных знаний об этиологии, патогенезе, диагностике, лечении дерматозов беременных и инфекций, передаваемых половым путем.

Задачи изучения дисциплины состоят в приобретении студентами академической компетенции, основу которой составляет способность к самостоятельному поиску учебно-информационных ресурсов, овладению методами приобретения и осмысления знания:

- методики обследования пациенток с кожными и венерическими заболеваниями;
- определение первичных и вторичных морфологических элементов, общей патоморфологии и патофизиологии кожи;
- клинических проявлений дерматозов беременных и инфекций, передаваемых половым путем;
- принципов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, используемой при кожных болезнях и инфекциях, передаваемых половым путем;
- трактовки данных клинико-лабораторных методов исследования;
- современных принципов общей и местной терапии кожных и венерических болезней; методов профилактики, основ информационно-просветительной работы среди населения.

Преподавание и успешное изучение дисциплины «Дерматовенерология» у акушеров-гинекологов 6-го курса осуществляется на базе приобретенных студентами знаний и умений по разделам следующих дисциплин:

Анатомия человека. Общая морфологическая характеристика кожного покрова.

Нормальная физиология. Функции кожи.

Патологическая анатомия. Причины, механизмы и важнейшие проявления общепатологических процессов. Острое и хроническое воспаление. Патоморфологические изменения кожи при различных заболеваниях.

Микробиология, вирусология, иммунология. Возбудители инфекционных и паразитарных заболеваний человека, их микробиологическая характеристика. Понятие об иммунитете и аллергии. Общая характеристика реакций клеточного и гуморального иммунитета.

Фармакология. Механизмы действия лекарственных средств, дозировки и способы введения. Систематизация лекарственных средств по их эффекту. Лекарственные формы для наружного применения.

Пропедевтика внутренних болезней. Методика обследования пациента. Вопросы диагностики, лечения.

Акушерство и гинекология. Методика гинекологического обследования пациенток.

Базовая учебная программа по дерматовенерологии для акушеров-гинекологов 6-го курса лечебного факультета включает вопросы этиологии и патогенеза, клиники, диагностики и лечения дерматозов беременных (зуд беременных, полиморфный дерматоз беременных, пузырчатка беременных), инфекций, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, папилломовирусная инфекция, трихомониаз, урогенитальный кандидоз, бактериальный вагиноз, генитальный герпес, сифилис).

Требования к подготовке студента по окончании изучения дисциплины

Студент должен **знать:**

- этиологию, классификацию, патогенез, клиническую картину, диагностику и дифференциальную диагностику, методы профилактики и особенности лечения дерматозов беременных и инфекций, передаваемых половым путем;

уметь:

- провести комплексное клинико-инструментальное обследование пациента, поставить диагноз, назначить лечение, определить меры по профилактике заболеваний.

Характеристика рекомендуемых методов обучения. При организации обучения используются традиционные методы преподавания дисциплины: лекции, практические занятия, а также элементы управляемой самостоятельной работы студентов.

Обучение рекомендуется организовывать с использованием традиционных и современных учебно-информационных ресурсов (компьютерных презентаций лекций и практических занятий, показа учебных фильмов), интерактивных ресурсов в локальной компьютерной сети вуза и Internet.

Практическая подготовка обеспечивается участием студентов в клинических обходах, консультациях, отработке на базе специализированной клиники диагностических приемов и клинических навыков, а также решением ситуационных задач.

Самостоятельная работа студентов осуществляется во внеаудиторное время. Организация самостоятельной работы студентов рекомендуется в формах:

- клинического разбора истории болезни с последующим проведением дифференциальной диагностики, обоснованием диагноза, методов лечения;

- решения ситуационных задач на самостоятельное составление плана дополнительных исследований (лабораторных, функциональных и др.), с последующей клинической интерпретацией (объяснением) их результатов;
- посещения заседаний студенческого научного кружка (СНК) кафедры;
- проведения учебных научных исследований, написание научно-исследовательских студенческих работ;
- выступлений с докладами на студенческих научных конференциях.

Контроль подготовки студентов, качества обучения рекомендуется осуществлять путём устного опроса или выполнения письменных контрольных заданий (в том числе тестовых) в процессе практических занятий.

2. КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

1. Сифилис. Первичный и вторичный периоды сифилиса кожи и слизистых оболочек.
2. Сифилис третичный, атипичный, врожденный, висцеральный, нейросифилис.
3. Диагностика, принципы лечения и профилактики сифилиса. Шанкرويد. Венерическая лимфогранулема.
4. Гонококковая инфекция у женщин и девочек.
5. Негонококковые поражения урогенитального тракта у женщин: хламидиоз, трихомониаз, микоплазменные инфекции, бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, аногенитальные бородавки и герпетическая инфекция. **Зачет.**

3. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Форма обучения: дневная

Семестр 12 Курс 6

Форма итогового контроля: зачет

Наименование раздела (темы)	Количество часов аудиторных занятий	Самостоятельная работа УСР
	практических	
1. Сифилис. Первичный и вторичный периоды сифилиса кожи и слизистых оболочек	6	5
2. Сифилис третичный, атипичный, врожденный, висцеральный, нейросифилис.	6	
3. Диагностика, принципы лечения и профилактики сифилиса. Шанкроид. Венерическая лимфогранулема.	6	
4. Гонококковая инфекция у женщин и девочек.	6	
5. Негонokokковые поражения урогенитального тракта у женщин: хламидиоз, трихомониаз, микоплазменные инфекции, бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, аногенитальные бородавки и герпетическая инфекция.	6	
Всего		35

Дополнительные вопросы для обсуждения:

1. Особенности течения дерматозов у беременных.
2. Дерматозы беременных: клиника, диагностика, лечение:
 1. Атопический дерматит.
 2. Пустулезный псориаз беременных.
 3. Пемфигоид беременных.
 4. Холестатический зуд при беременности.
 5. Полиморфный дерматоз беременных.

4. ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

1. Сифилис. Первичный и вторичный периоды сифилиса кожи и слизистых оболочек

Сифилис. Бледная трепонема, ее морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения сифилисом. Пути распространения сифилитической инфекции в организме человека. Иммунология при сифилисе, динамика выработки антител. Понятие о реинфекции и суперинфекции при сифилисе.

Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Инкубационный период сифилиса, причины, влияющие на его продолжительность.

Общая характеристика первичного периода сифилиса. Продолжительность, клинические проявления первичного периода сифилиса. Клиническая характеристика типичного твердого шанкра, его разновидностей. Гистопатология твердого шанкра. Атипичные твердые шанкры. Осложнения твердого шанкра. Клинические особенности регионарного лимфаденита и лимфангита. Современные особенности проявления первичного периода сифилиса.

Общая характеристика течения вторичного периода сифилиса. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек давностью до 4 месяцев и более 4 месяцев, дифференциальная диагностика. Пятнистый сифилид (сифилитическая розеола), папулезный сифилид и его разновидности, пустулезные сифилиды, сифилитическая лейкодерма, алопеция: клинические проявления и дифференциальная диагностика. Особенности поражения слизистой оболочки полости рта при вторичном сифилисе. Современные особенности течения вторичного сифилиса. Лабораторная диагностика вторичного периода сифилиса.

Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на первичный или вторичный сифилис, составление плана обследования. Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза, оформление медицинской документации.

2. Сифилис третичный, атипичный, врожденный, висцеральный, нейросифилис

Общая характеристика третичного периода сифилиса, способствующие факторы. Бугорковый сифилид: классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Гуммозный сифилид: классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Гистопатология бугоркового и гуммозного сифилида. Третичная розеола Фурнье. Современные особенности течения третичного сифилиса в настоящее время.

Сифилис скрытый (ранний и поздний): патогенез, классификация, диагностика.

Злокачественный сифилис. Трансфузионный сифилис. Патогенез, особенности клинических проявлений, меры профилактики злокачественного и трансфузионного сифилиса.

Пути и условия передачи сифилитической инфекции потомству. Особенности течения беременности и родов при сифилисе. Классификация врожденного сифилиса. Клинические проявления сифилиса у плода. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика врожденного сифилиса, меры профилактики.

Поражение сердечно-сосудистой системы, других систем внутренних органов, костно-суставного аппарата и нервной системы во вторичном и третичном периодах сифилиса.

Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на третичный, атипичный или висцеральный, нейросифилис. Составление плана обследования. Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза, оформление медицинской документации.

3. Диагностика, принципы лечения и профилактики сифилиса. Шанкроид. Венерическая лимфогранулема

Лабораторная диагностика сифилиса. Медицинские показания для обязательного клинико-лабораторного обследования на сифилис. Принципы диагностики сифилиса: анализ клинической картины, эпидемиологический анамнез, характеристика серологических реакций. Клиническое значение, область применения и особенности трактовки результатов нетрепонемных и трепонемных серологических тестов. Ложноположительные серологические реакции. Методы прямого выявления возбудителя сифилиса. Порядок обследования на сифилис беременных.

Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП. Организационные основы лечения сифилиса. Специфическое лечение сифилиса: лекарственные средства, схемы применения, противопоказания, побочные реакции и их профилактика. Лечение пациентов с непереносимостью пенициллинов. Понятие о серорезистентности сифилиса. Особенности лечения беременных. Превентивное лечение. Профилактическое лечение. Пробное лечение. Критерии излеченности сифилиса. Диспансерное наблюдение пациентов, снятие с учета.

Профилактика сифилиса: общественная и личная, организация санитарно-противоэпидемических мероприятий. Особенности сбора и регистрации информации об источниках заболевания, половых и бытовых контактах пациента.

Шанкроид: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.

Венерическая лимфогранулема: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.

Назначение плана обследования пациентам с сифилисом, интерпретация результатов обследования, формулировка диагноза. Составление плана лечения пациентам с различными формами сифилиса в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения. Составление плана диспансерного наблюдения пациента с сифилисом. Оценка эффективности лечения. Составление плана профилактических мероприятий. Оформление медицинской документации.

4. Гонококковая инфекция у женщин и девочек

Гонорея: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация.

Клинические проявления и особенности течения неосложненных форм гонореи у женщин и девочек: уретрит, цистит, цервицит, вульвовагинит. Причины развития и клинические проявления осложненных форм гонореи: абсцедирование периуретральных и придаточных желез, гонококковый эндометрит, метроэндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит. Клинические проявления экстрагенитальных форм гонореи (глаз, ротоглотки, аноректальной области). Диссеминированные формы гонококковой инфекции: эпидемиология, факторы риска, патогенез, клинические проявления, дифференциальная диагностика.

Диагностика гонококковой инфекции: анализ анамнеза, данных клинического обследования, обнаружение возбудителя, принципы забора биологического материала для лабораторного исследования, особенности обследования девочек. Лабораторная диагностика гонореи: бактериоскопический и бактериологический методы, методы амплификации нуклеиновых кислот и др. Показания для обязательного обследования на гонококковую инфекцию. Интерпретация результатов исследования, формулировка диагноза. Методы медицинской провокации при диагностике гонококковой инфекции: показания, методики, оценка результатов. Методы инструментальной диагностики при гонорее (кольпоскопия).

Особенности сбора эпидемиологического анамнеза у пациентов с гонореей, принципы санитарно-противоэпидемической работы при установлении диагноза гонококковой инфекции.

Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП. Принципы системного и местного лечения осложненной и неосложненной гонококковой инфекции у женщин и девочек, этиотропная и патогенетическая терапия. Определение чувствительности гонококков к антибиотикам. Физиотерапевтические методы лечения гонореи. Особенности лечения гонореи у беременных, составление плана лечения.

Оценка эффективности лечения гонореи, контроль излеченности и снятие с учета. Профилактика гонореи (общественная и индивидуальная), принципы диспансеризации.

Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с гонококковой инфекцией мочеполового тракта, составление плана обследования. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза, составление плана лечения в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения, оформление медицинской документации.

5. Негонококковые поражения урогенитального тракта у женщин: хламидиоз, трихомониаз, микоплазменные инфекции, бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, аногенитальные бородавки и герпетическая инфекция

Урогенитальная хламидийная инфекция: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, особенности клинического течения. Клинические проявления урогенитального хламидиоза у женщин (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит, воспалительные заболевания органов малого таза). Экстрагенитальная хламидийная инфекция (проктит, конъюнктивит, фарингит). Особенности течения хламидийной инфекции у детей, новорожденных. Понятие о болезни Рейтера. Лабораторная диагностика хламидиоза. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП. Принципы системного и местного лечения урогенитального хламидиоза, критерии излеченности, профилактика.

Урогенитальный трихомониаз: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления урогенитального трихомониаза у женщин и особенности течения у девочек, дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика трихомонадной инфекции. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП. Принципы лечения урогенитального трихомониаза: этиотропная, патогенетическая, местная терапия, критерии излеченности, профилактика.

Микоплазменные инфекции мочеполового тракта: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, патология беременности и плода, методы лабораторной диагностики. Принципы лечения микоплазмоза, критерии назначения этиотропной терапии, профилактика.

Бактериальный вагиноз: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические признаки, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Принципы лечения бактериального вагиноза, оценка эффективности лечения.

Кандидоз гениталий: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления кандидозного вульвовагинита, лабораторная диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения кандидоза, критерии излеченности, профилактика.

Аногенитальные бородавки: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные, и др.), дифференциальная диагностика. Принципы лечения аногенитальных бородавок, профилактика.

Аногенитальная герпетическая инфекция: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Общие принципы лечения герпетической инфекции, профилактика.

Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП.

Сбор жалоб и анамнеза у пациентов с негонококковым поражением мочеполового тракта, составление плана обследования. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза, составление плана лечения в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения, оформление медицинской документации.

**5.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ (РАЗДЕЛ «ВЕНЕРОЛОГИЯ»)» ПРОФИЛЯ
СУБОРДИНАТУРЫ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов	Часы самостоятельной работы	Средства обучения	Литература	Форма контроля знаний
		практических занятий				
1.	Сифилис. Первичный и вторичный периоды сифилиса кожи и слизистых оболочек	6	5	1, 2, 3, 4, 5, 6	1-5,6-7, 10, 11	1, 2, 3, 4, 5
2.	Сифилис третичный, атипичный, врожденный, висцеральный, нейросифилис	6		1, 2, 3, 4, 5, 6	1-5,6-7, 10, 11	1, 2, 3, 4, 5
3.	Диагностика, принципы лечения и профилактики сифилиса. Шанкроид. Венерическая лимфогранулема	6		1, 2, 4, 5, 6	1-5,6-7, 10, 11	1, 2, 3, 4, 5
4.	Гонококковая инфекция у женщин и девочек	6		1, 2, 4, 5, 6	1- 3, 5, 6,10-13	1, 2, 3, 4, 5
5.	Негонококковые поражения урогенитального тракта у женщин: хламидиоз, трихомониаз, микоплазменные инфекции, бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, аногенитальные бородавки и герпетическая инфекция	6		1, 2, 4, 5, 6	1- 3, 5, 6,10-14	1, 2, 3, 4, 5

Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Количество часов	
	Всего	В том числе по семестрам
		12 семестр
Аудиторные занятия	30	30
Лекции (Л)	-	
Практические занятия (ПЗ)	30	30
Семинарские занятия (СЗ)	-	-
Лабораторные занятия (ЛЗ)	-	-
Самостоятельная работа	5	-
Клинические практические занятия (КПЗ)	-	-
ВСЕГО часов на дисциплину	35	30
Текущий контроль		Тесты
Контрольная работа		Фотозадачи
Виды итогового контроля		Зачет

Общая трудоемкость дисциплины составляет 35 часов.

6. ПЕРЕЧЕНЬ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ

1. Мультимедийные презентации.
2. Атлас по дерматовенерологии.
3. Учебные фильмы.
4. Медицинские карты стационарных (амбулаторных) пациентов.
5. Данные лабораторного и инструментального обследования.
6. «Стандартизированный» пациент.

7. ПЕРЕЧЕНЬ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Тестовый контроль
2. Фотозадачи
3. Опрос теоретического материала
4. Клинический разбор пациентов
5. Написание рефератов
6. Контрольная работа
7. Зачет

8. ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРЫ (ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ)

Основная:

1. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология / В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с.: ил.
3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах): учеб. пособие / В.Г. Панкратов [и др.] ; под ред. В.Г. Панкратова. – Минск : БГМУ, 2012. – 175 с.
4. Козин В.М., Козина Ю.В., Н.Н. Янковская Сифилис. - 2015, Витебск: ВГМУ. – 71 с. – 2015 г.
5. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2016. – 406 с.

Дополнительная:

6. Козин В.М. Дерматологические болезни. Учебное - методическое пособие. – Витебск.. Изд-во ВГМУ. 2010. – 201 с.
7. Адашкевич В. П. Актуальные вопросы венерологии [Электронный ресурс]: [руководство] / В. П. Адашкевич ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, Витебский гос. мед. ун-т. - Витебск : [ВГМУ], 2000. - 115 с.
8. Катина М.А. Кожный зуд. Учебно-методическое пособие. – Витебск: ВГМУ, 2014. – 46 с.
9. Адашкевич В.П. Дерматозы беременных: методические рекомендации / В.П. Адашкевич. – Минск, 2019. – 70 с.
10. Дерматовенерология: национальное руководство / под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова, О.Л.Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024 с.
11. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, И.Б.Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 704 с.
12. Капительный В.А. Методические рекомендации по практическим навыкам и умениям в акушерстве и гинекологии / В.А.Капительный, М.В.Беришвили, А.В.Мурашко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с.
13. Фофанова И.Ю. Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современное состояние проблемы. Руководство / И.Ю.Фофанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.
14. Чеботарев В.В. Урогенитальные хламидийная и микоплазменная инфекции. Последствия инфицирования, лечение, основанное на доказательной медицине / В.В.Чеботарев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 224 с.

Нормативные правовые акты:

15. Инструкция по лабораторной диагностике гонореи: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.05.2009 № 485.

16. Инструкция по лабораторной диагностике хламидиоза: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.05.2009 № 486.

17. Инструкция по лабораторной диагностике трихомонадой инфекции: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.05.2009 № 487.

18. Инструкция по лабораторной диагностике сифилиса: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.05.2009 № 488.

19. Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2007 № 710.

20. Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.10.2009 № 1020.

21. Постановление МЗ РБ № 96 от 19.09.2019г. Лечение и диагностика пациентов с сифилисом.

9. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие № 1

ТЕМА: Сифилис. Первичный и вторичный периоды сифилиса кожи и слизистых оболочек

Базовые знания для изучения темы занятия:

1. Микробиологическая характеристика бледной трепонемы.
2. Бактериологическая и серологическая диагностика инфекционных заболеваний.
3. Инфекционный процесс. Основные понятия эпидемиологии.
4. Лабораторные и специальные методы диагностики заболеваний.

Вопросы для самостоятельной подготовки студентов к занятию

1. Сифилис: этиология, классификация, течение сифилитической инфекции.
2. Первичный период сифилиса: общая характеристика. Клинические проявления твёрдого шанкра, регионарного лимфаденита.
3. Осложнения твёрдого шанкра. Атипичные твёрдые шанкры. Дифференциальный диагноз твёрдого шанкра, регионарного лимфаденита.
4. Лабораторная диагностика первичного периода сифилиса.

Вопросы для дифференциальной диагностики:

1. Генитальный герпес.
2. Посттравматическая эрозия.
3. Эктима стрептококковая.
4. Чесотка.
5. Шанкриформная пиодермия.

Перечень практических навыков:

1. Сбор анамнеза у венерологического пациента.
2. Методика обследования венерологического пациента.
3. Определение первичных и вторичных морфологических элементов.
4. Специальные методы обследования дерматологического пациента: пальпация, диаскопия, граттаж.
5. Дезинфекция рук при работе с пациентами с инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП).
6. Заполнение экстренного извещения на больного венерическим заболеванием и заразными кожным заболеванием.
7. Методика индивидуальной профилактики ИППП.

Литература

1. Адашкевич В.П. Дерматовенерология/ В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. Адашкевич В.П. Кожные и венерические болезни / В.П.Адашкевич, В.М.Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с.: ил.
3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) : учеб. пособие / В.Г.Панкратов [и др.]; под ред. В.Г.Панкратова. – Минск : БГМУ, 2012. – 175 с.
4. Козин В.М., Козина Ю.В., Н.Н. Янковская Сифилис. - 2015, Витебск: ВГМУ. – 71 с. – 2015 г.
5. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2016. – 406 с.

Занятие № 2

ТЕМА. Сифилис третичный, атипичный, врожденный, висцеральный, нейросифилис

Базовые знания для изучения темы занятия:

1. Микробиологическая характеристика бледной трепонемы.
2. Бактериологическая и серологическая диагностика инфекционных заболеваний.

3. Инфекционный процесс. Основные понятия эпидемиологии.
4. Лабораторные и специальные методы диагностики заболеваний.

Вопросы для самостоятельной подготовки студентов к занятию

1. Общая характеристика третичного периода сифилиса, способствующие факторы.
2. Бугорковый сифилид: классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Гуммозный сифилид: классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Гистопатология бугоркового и гуммозного сифилида. Третичная розеола Фурнье. Современные особенности течения третичного сифилиса в настоящее время.
3. Сифилис скрытый (ранний и поздний): патогенез, классификация, диагностика.
4. Пути и условия передачи сифилитической инфекции потомству. Особенности течения беременности и родов при сифилисе. Классификация врожденного сифилиса. Клинические проявления сифилиса у плода. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса.
5. Дифференциальная диагностика врожденного сифилиса, меры профилактики.
6. Поражение сердечно-сосудистой системы, других систем внутренних органов, костно-суставного аппарата и нервной системы во вторичном и третичном периодах сифилиса.
7. Принципы диагностики.

Вопросы для дифференциальной диагностики:

1. Туберкулёз кожи.
2. Лепра.
3. Лейшманиоз.
4. Хроническая язвенная пиодермия.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология/ В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П.Адашкевич, В.М.Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с. : ил.
3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) : учеб. пособие / В.Г.Панкратов [и др.]; под ред. В.Г.Панкратова. – Минск : БГМУ, 2012. – 175 с.
4. Козин В.М., Козина Ю.В., Н.Н. Янковская Сифилис. - 2015, Витебск: ВГМУ. – 71 с. – 2015 г.

5. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2016. – 406 с.

Занятие № 3

ТЕМА: Диагностика, принципы лечения и профилактики сифилиса. Шанкроид. Венерическая лимфогранулема.

Базовые знания для изучения темы занятия:

1. Анатомия и физиология мочеполового тракта.
2. Инфекционный процесс. Основные понятия эпидемиологии.
3. Лабораторные и специальные методы диагностики ИППП.

Вопросы для самостоятельной подготовки студентов к занятию

1. Лабораторная диагностика сифилиса. Медицинские показания для обязательного клинико-лабораторного обследования на сифилис.

2. Принципы диагностики сифилиса: анализ клинической картины, эпидемиологический анамнез, характеристика серологических реакций. Клиническое значение, область применения и особенности трактовки результатов нетрепонемных и трепонемных серологических тестов. Ложноположительные серологические реакции. Методы прямого выявления возбудителя сифилиса. Порядок обследования на сифилис беременных.

3. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с сифилисом. Организационные основы лечения сифилиса. Специфическое лечение сифилиса: лекарственные средства, схемы применения, противопоказания, побочные реакции и их профилактика.

4. Особенности лечения беременных.

5. Критерии излеченности сифилиса. Диспансерное наблюдение пациентов, снятие с учета.

6. Профилактика сифилиса.

7. Мягкий шанкр (шанкроид): эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.

8. Венерическая лимфогранулема: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.

Вопросы для дифференциальной диагностики:

1. Генитальный герпес.
2. Посттравматическая эрозия.

3. Эктима стрептококковая.
4. Чесотка.
5. Шанкриформная пиодермия.

Перечень практических навыков:

1. Сбор анамнеза у венерологического пациента.
2. Методика обследования венерологического пациента.
3. Назначение плана обследования пациентам с сифилисом, интерпретация результатов обследования, формулировка диагноза.
4. Составление плана лечения пациентам с различными формами сифилиса в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения.
5. Составление плана диспансерного наблюдения пациента с сифилисом.
6. Оценка эффективности лечения.
7. Составление плана профилактических мероприятий.
8. Оформление медицинской документации.
9. Дезинфекция рук при работе с пациентами с инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП).
10. Заполнение экстренного извещения на больного венерическим заболеванием и заразными кожным заболеванием.
11. Методика индивидуальной профилактики ИППП.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология/ В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П.Адашкевич, В.М.Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с. : ил.
3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) : учеб. пособие / В.Г.Панкратов [и др.]; под ред. В.Г.Панкратова. – Минск : БГМУ, 2012. – 175 с.
4. Козин В.М., Козина Ю.В., Н.Н. Янковская Сифилис. - 2015, Витебск: ВГМУ. – 71 с. – 2015 г.
5. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2016. – 406 с.

Занятие № 4

Тема. Гонококковая инфекция у женщин и девочек

Базовые знания для изучения темы занятия:

1. Анатомия и физиология мочеполового тракта.
2. Микробиологическая характеристика *Neisseria gonorrhea*

3. Инфекционный процесс. Основные понятия эпидемиологии.
4. Лабораторные и специальные методы диагностики ИППП

Вопросы для самостоятельной подготовки студентов к занятию

1. Гонорея: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация.
2. Клинические проявления и особенности течения неосложненных форм гонореи у женщин и девочек. Причины развития и клинические проявления осложненных форм гонореи: абсцедирование периуретральных и придаточных желез, гонококковый эндометрит, метроэндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит. Клинические проявления экстрагенитальных форм гонореи (глаз, ротоглотки, аноректальной области). Диссеминированные формы гонококковой инфекции: эпидемиология, факторы риска, патогенез, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
3. Диагностика гонококковой инфекции: Особенности обследования девочек. Лабораторная диагностика гонореи. Показания для обязательного обследования на гонококковую инфекцию. Интерпретация результатов исследования, формулировка диагноза. Методы медицинской провокации при диагностике гонококковой инфекции: показания, методики, оценка результатов. Методы инструментальной диагностики при гонорее (кольпоскопия).
4. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с гонореей. Принципы системного и местного лечения осложненной и неосложненной гонококковой инфекции у женщин и девочек, этиотропная и патогенетическая терапия. Определение чувствительности гонококков к антибиотикам.
5. Физиотерапевтические методы лечения гонореи. Особенности лечения гонореи у беременных, составление плана лечения. Оценка эффективности лечения гонореи, контроль излеченности и снятие с учета. Профилактика гонореи (общественная и индивидуальная), принципы диспансеризации.

Перечень практических навыков:

1. Особенности сбора эпидемиологического анамнеза у пациентов с гонореей, принципы санитарно-противоэпидемической работы при установлении диагноза гонококковой инфекции.
2. Составление плана обследования при подозрении на гонококковую инфекцию.
3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, формулировка диагноза, составление плана лечения в

соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения, оформление медицинской документации.

4. Методика обследования венерологического пациента.

5. Заполнение экстренного извещения на больного венерическим заболеванием и заразными кожным заболеванием.

6. Методика индивидуальной профилактики ИППП.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология/ В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.

2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с. : ил.

3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) : учеб. пособие / В.Г. Панкратов [и др.]; под ред. В.Г. Панкратова. – Минск : БГМУ, 2012. – 175 с.

4. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: БГМУ, 2016. – 406 с.

Занятие № 5

Тема 5. Негонokokковые поражения урогенитального тракта у женщин: хламидиоз, трихомониаз, микоплазменные инфекции, бактериальный вагиноз, кандидоз гениталий, аногенитальные бородавки и герпетическая инфекция

Вопросы для самостоятельной подготовки студентов к занятию

1. Урогенитальная хламидийная инфекция: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, особенности клинического течения. Клинические проявления урогенитального хламидиоза у женщин (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит, воспалительные заболевания органов малого таза). Экстрагенитальная хламидийная инфекция (проктит, конъюнктивит, фарингит). Особенности течения хламидийной инфекции у детей, новорожденных. Понятие о болезни Рейтера. Лабораторная диагностика хламидиоза. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с урогенитальным хламидиозом. Принципы системного и местного лечения урогенитального хламидиоза, критерии излеченности, профилактика.

2. Урогенитальный трихомониаз: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления урогенитального трихомониаза у женщин и особенности течения у девочек, дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика трихомонадной инфекции. Клинические

протоколы диагностики и лечения пациентов с трихомониазом. Принципы лечения урогенитального трихомониаза. Профилактика.

3. Микоплазменные инфекции мочеполового тракта: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, патология беременности и плода, методы лабораторной диагностики. Принципы лечения микоплазмоза, критерии назначения этиотропной терапии, профилактика.

4. Бактериальный вагиноз: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические признаки, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Принципы лечения бактериального вагиноза, оценка эффективности лечения.

5. Кандидоз урогенитальный: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления кандидозного вульвовагинита, лабораторная диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения кандидоза, критерии излеченности, профилактика.

6. Аногенитальные бородавки: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные, и др.), дифференциальная диагностика. Принципы лечения аногенитальных бородавок, профилактика.

7. Аногенитальная герпетическая инфекция: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Общие принципы лечения герпетической инфекции, профилактика.

8. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с ИППП.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология / В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2013. – 672 с.: ил.
3. Венерология (учение о болезнях, передаваемых при половых контактах) : учеб. пособие / В.Г. Панкратов [и др.]; под ред. В.Г. Панкратова. – Минск: БГМУ, 2012. – 175 с.
4. Козин В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем: Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2016. – 406 с.

Дополнительные вопросы: Дерматозы беременных.

Вопросы для обсуждения:

1. Методика обследования дерматологического пациента.
2. Диагностика дерматозов: сбор анамнеза, описание дерматологического статуса, планирование лабораторных и инструментальных методов обследования.

3. Первичные и вторичные морфологические элементы.
4. Особенности атопического дерматита во время беременности.
5. Пемфигоид беременных: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
6. Пустулезный псориаз беременных: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
7. Холестатический зуд беременных: причины, клинические особенности, диагностика, лечение, прогноз.
8. Полиморфный дерматоз беременных: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Литература:

1. Адашкевич В.П. Дерматозы беременных: методические рекомендации / В.П. Адашкевич. – Минск, 2019. – 70 с.
2. Козин В.М. Дерматологические болезни. Учебное - методическое пособие. – Витебск. Изд-во ВГМУ. 2010. – 201 с.
3. Катина М.А. Кожный зуд. Учебно-методическое пособие. – Витебск: ВГМУ, 2014. – 46 с.

10. ПЕРЕЧЕНЬ ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ (ИППП)

1. Сифилис. Этиология. Бледная трепонема, её морфологические и биологические особенности. Влияние внешних факторов на бледную трепонему. Пути распространения сифилитической инфекции в организме. Условия и способы заражения сифилисом. Понятие об источнике инфекции и контактных лицах при сифилисе.
2. Сифилис: иммунитет, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период. Причины, влияющие на его продолжительность.
3. Первичный период сифилиса. Продолжительность, клинические проявления. Клиническая характеристика типичного твёрдого шанкра, атипичных форм и осложнений. Дифференциальная диагностика твёрдого шанкра. Клинические особенности регионарного лимфаденита у больных первичным периодом сифилиса.
4. Вторичный период сифилиса. Сифилис вторичный свежий, скрытый и рецидивный. Вторичный период сифилиса: поражения слизистых оболочек. Вторичный период сифилиса: розеолезные и папулезные сифилиды, клинические разновидности. Дифференциальная диагностика папулёзных сифилидов вторичного периода сифилиса.

5. Вторичный период сифилиса (пустулёзные сифилиды, сифилитическая лейкодерма, сифилитическая алопеция). Дифференциальная диагностика пустулёзных сифилидов вторичного периода сифилиса.
6. Вторичный период сифилиса. Поражение нервной системы, костей, суставов, глаз, внутренних органов. Современные особенности в течение вторичного периода сифилиса. Серологические реакции во вторичном периоде сифилиса.
7. Третичный период сифилиса (активный и скрытый). Причины и факторы, способствующие развитию третичного периода. Бугорковый сифилид кожи: клинические разновидности. Клиническая характеристика гуммозного сифилида кожи: клинические разновидности, течение, осложнение.
8. Третичный период сифилиса. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Особенности течения третичного сифилиса в настоящее время. Серологические реакции при третичном сифилисе. Диагностика третичного сифилиса.
9. Врождённый сифилис. Определение, пути передачи инфекции потомству. Классификация. Сифилис плода и его проявления. Клиника и течение раннего врожденного сифилиса. Клиника позднего врожденного сифилиса. Сифилис у беременных: диагностика, профилактика.
10. Скрытый сифилис. Патогенез. Классификация.
11. Серологическая диагностика сифилиса: нетрепонемные тесты.
12. Серологическая диагностика сифилиса: трепонемные тесты. Исследование спинномозговой жидкости.
13. Лечение сифилиса. Основные принципы лечения Сифилитические противосифилитические средства. Неспецифическая терапия сифилиса. Превентивное лечение при сифилисе. Лечение сифилиса у беременных.
14. Установление излеченности сифилиса и снятие с учёта. Сифилис и брак. Профилактика сифилиса: общественная и личная. Роль кожно-венерологического диспансера в профилактике венерических болезней. Законодательство по борьбе с венболезнями. Санитарно-просветительская работа.
15. Гонорея. Определение. Возбудитель. Патогенез. Источники инфекции. Условия заражения, пути передачи инфекции. Эпидемиология. Классификация. Инкубационный период. Клиническая характеристика. Методы диагностики гонореи. Принципы общей и местной терапии гонореи и его осложнений. Установление излеченности гонореи и снятие с учёта. Профилактика гонореи: общественная и индивидуальная. Особенности гонореи у девочек и беременных.
16. Трихомониаз. Возбудитель. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Клиническая характеристика острого и хронического уретрита и его осложнений. Диагностика. Принципы лечения. Критерии излеченности. Профилактика.

17. Хламидиоз. Характеристика возбудителя и цикла его развития. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Клиническая характеристика уретрита. Диагностика. Принципы терапии. Критерии излеченности. Профилактика.
18. Бактериальный вагиноз: Бактериальный вагиноз: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические признаки, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Принципы лечения бактериального вагиноза, оценка эффективности лечения.
19. Вирусные болезни кожи. Папилломавирусная инфекция. Возбудитель. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика. Остроконечные кондиломы. Возбудитель. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Лечение. Профилактика. Контагиозный моллюск. Возбудитель. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
20. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Возбудители. Патогенез. Классификация. Клиника. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Кандидоз урогенитального тракта. Определение. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Кандидозный баланопостит. Уретрит и его осложнения, их характеристика. Лабораторная диагностика. Принципы и методы лечения. Критерии излеченности. Профилактика.

11. ПЕРЕЧЕНЬ ВЫНОСИМЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ЗАЧЕТ С ОПИСАНИЕМ АЛГОРИТМА ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ

1. Забор патологического материала из уретры, половых путей, прямой кишки для лабораторного исследования на инфекции, передаваемые половым путем и интерпретация результатов.
2. Забор патологического материала для исследования на бледную трепонему и интерпретация результатов.
3. Методика индивидуальной профилактики венерических болезней у женщин.

1. Забор патологического материала для обследования на урогенитальный хламидиоз у женщин методом ПЦР

Цель: получить материал для исследования на урогенитальный хламидиоз (УГХ).

Обеспечение:

- Дезинфицирующие растворы: Крышталин Айсид МК 0,25%, Крышталин Айсид МК 0,5%; Хлорdez; Миросептик; 0,05% раствор хлоргексидина (гибитан).
- Одноразовые:
- зеркала Куско;

- желобоватый зонд;
- ложечка Фолькмана;
- щетки cervix brush или voba brush;
- пластиковые пробирки «Eppendorf» с транспортной средой.

Стерильные:

- ватные тампоны;
- корнцанг;
- гинекологическое кресло Рахманова;
- индивидуальная пленка;
- стерильные перчатки;
- бланки направления.

Выполняется врачом дерматовенерологом в начале обследования.

Этапы проведения:

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

1. Предупредить пациентку об отказе от приема антибиотиков течение месяца, спринцевания, местного лечения перед обследованием.
2. При обильных гнойных выделениях (гнойное отделяемое может затруднить диагностику хламидийной инфекции) забор материала производится через 15-30 минут после акта мочеиспускания
3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пленкой.
4. Подготовить одноразовые пластиковые пробирки «Eppendorf» с транспортной средой (1,5 мл).
5. Провести гигиену рук, надеть стерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

1. Свободные выделения из уретры удаляют стерильным ватным тампоном.
2. В стерильных перчатках указательным пальцем производят массаж уретры сзади наперед (на себя) прижимая уретру к внутренней поверхности лонного сочленения.
3. На глубину 0,5-1,5 см в уретру вводят одноразовую ложку Фолькмана таким образом, чтобы срез ложечки располагался книзу. В уретре произвести поворот и соскоб срезом ложечки вверх с передней поверхности уретры бескровным методом. Соскоб с ложечки помещают готовый стерильный раствор пробирки «Eppendorf», с закрывающейся крышкой.
4. Зеркалами Куско обнажают шейку матки. Забор материала из цервикального канала желательно проводить перед или сразу после менструации.
5. Удалить стерильным ватным тампоном слизистую пробку из глубины цервикального канала, также из влагалищной части шейки матки.

6. Инструмент для забора (разовый зонд, одноразовая ложечка Фолькмана) аккуратно вводят в цервикальный канал, не дотрагиваясь до стенок влагалища и легким поскобливающим движением (но не до крови) на глубине 1,5 см берется материал и помещается в готовый стерильный раствор микропробирки «Eppendorf», с закрывающейся крышкой для ПЦР-диагностики.

Заключительный этап выполнения манипуляции

1. Заполнить направление: фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, наименование исследования, медицинское учреждение, фамилия врача
2. Извлечь зеркала, инструменты для забора материала и погрузить в дезинфицирующее средство.
3. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующее средство.

2. Забор патологического материала на урогенитальные гонококки, трихомонады у женщин для бактериоскопического исследования

Цель: Получить материал для исследования на гонококки, урогенитальный трихомониаз у женщин.

Обеспечение:

- Дезинфицирующие растворы: Кристаллин Айсид МК 0,25%, Кристаллин Айсид МК 0,5%; Хлордекс; Миросептик; 0,05% раствор хлоргексидина (гибитан).

Одноразовые:

- зеркала Куско;
- ложечка Фолькмана;
- щетки cervix brush или voba brush.

Стерильные:

- ватные тампоны;
- предметные стекла;
- пинцет;
- корнцанг;
- гинекологическое кресло Рахманова;
- индивидуальная пленка;
- стерильные перчатки;
- бланки направления.

Выполняется врачом дерматовенерологом в начале обследования.

Этапы проведения:

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

1. Предупредить пациентку об отказе от приема антибиотиков течение месяца, спринцевания, местного лечения перед обследованием.
2. Накануне и в день взятия мазков пациентка не должна иметь половых сношений, делать спринцевания и проводить туалет наружных половых

органов, воздерживаться от мочеиспускания не менее 4-6 часов перед взятием мазков.

3. Уложить пациентку на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пленкой.
4. Подготовить предметное стекло, разделив его на 3 части карандашом для надписи на стекле, промаркировав «U» (уретра), «С» (шейка), «R» (ректум).
5. Провести гигиену рук, надеть стерильные перчатки.

Основной этап выполнения манипуляции:

1. Взятие мазка из уретры. Перед забором материала область уретры и парауретральных ходов протирается стерильным сухим тампоном. Затем уретру массируют указательным пальцем в стерильной перчатке со стороны влагалища, прижимая ее к лонному сочленению. Ложечку Фолькмана вводят выпуклой стороной кверху по задней стенке на глубину 1,5-2 см, разворачивают и берут соскоб с передней стенки средней трети уретры легким поскабливанием и наносят тонким штрихом на предметное стекло в виде кружочка и обозначают буквой «U».

2. После взятия мазка из уретры, во влагалище вводят стерильное зеркало, обнажают шейку матки и протирают стерильным ватным тампоном. Второй конец стерильной ложечки Фолькмана вводят в цервикальный канал (предварительно удаляя слизистую пробку сухим стерильным тампоном) на глубину 1-1,5 см и легким поскабливанием берут мазок и в виде тонкого штриха наносят на предметное стекло, обозначенное «С» (шейка).

3. Взятие мазка из влагалища. Мазок берется ложечкой Фолькмана из заднего свода влагалища и в виде тонкого штриха наносят на предметное стекло «V» (влагалище).

4. Взятие материала из ректум «R». На глубину 2-3 см в ректум вводят одноразовую ложку Фолькмана и берут соскоб, который наносят на предметное стекло.

Заключительный этап выполнения манипуляции

1. Заполнить направление: фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, наименование исследования, мед. учреждение, фамилия врача.

2. Извлечь зеркала, инструменты для забора материала и погрузить в дезинфицирующее средство.

3. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующее средство.

3.Методика индивидуальной профилактики венерических болезней у женщин

Цель: провести индивидуальную профилактическую противовенерическую помощи женщинам после случайных половых контактов.

Обеспечение

- Дезинфицирующие растворы: КрышталинАйсид МК 0,25%, КрышталинАйсид МК 0,5%; Хлордез; Миросептик; 0,05% раствор хлоргексидина (гибитан).
- стерильные салфетки;
- перчатки медицинские;
- ватные тампоны;
- спринцовка;
- глазные пипетки;
- кружка Эсмарха;
- стерильные наконечники;
- теплая вода.

Условия проведения дезинфекции

Выполняется врачом дерматовенерологом:

- не позднее 2 часов после незащищенного полового контакта;
- по окончании процедуры не мочиться в течение 2-3 часов.

Этапы проведения индивидуальной профилактики венерических болезней женщин

1. Пациентка выпускает мочу, моет руки.
2. Пациентка тщательно обмывает теплой водой с мылом лобок, внутреннюю поверхность бедер, промежность и другие места, имевшие контакт с выделениями из половых органов партнера.
3. После обсушивания салфеткой те же места протирают ватным тампоном, пропитанным раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата (гибитан) или 0,01% раствором мирамистина (септиком).
4. Затем производит спринцевание влагалища 150-200 мл (растворами гибитана или мирамистина) после чего вводит в уретру 1-1,5 мл раствора или с помощью глазной пипетки 6-8 капель 2-3% водного раствора протаргола.
5. В случае орального контакта предварительно нужно прополоскать этими же растворами полость рта.
6. Пациентке выдают стерильную марлевую салфетку для защиты половых органов от загрязненного белья, которое рекомендуют сменить при первой возможности.
7. После проведения экстренной профилактики венерических заболеваний необходимо обследоваться на инфекции, передаваемые половым путем через 3-4 недели.

12.ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Профилактика папилломавирусной инфекции.
2. Комбинированные препараты для местного лечения вульвовагинального кандидоза.
3. Воспалительные дерматозы аногенитальной области женщин.
4. Эрозивно-язвенные поражения гениталий у женщин (не передаваемые половым путем).
5. Эрозивно-язвенные заболевания гениталий, передаваемые половым путем.
6. Сочетанные поражения гениталий и полости рта у женщин.
7. Дерматозы беременных.

13. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛИРУЕМОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ

Контрольная карта курации: (студент докладывает в группе результаты своей работы). Подгруппа по 2 – 3 студента (работа в течение 25 минут с больным)

1. Сбор анамнеза заболевания (5 минут):
 - Факторы, послужившие толчком к развитию заболевания;
 - Течение заболевания;
 - Сезонность;
 - Сопутствующие заболевания.
2. Клинический осмотр больного (10 минут):
 - жалобы;
 - дерматологический статус;
 - примененные методики исследования.
3. Формирование предположительного диагноза и пути его уточнения (3 минуты):
 - дополнительные лабораторные исследования.
4. Провести дифференциальный диагноз (2 минуты):
 - критерии для постановки развернутого диагноза;
 - диагностические феномены (симптомы, признаки).
5. Назначить план лечения (3 минуты):
 - режим, диета;
 - общее лечение;
 - местное лечение.
6. Дать рекомендации по профилактике рецидивов (2 минуты).

Вопросы для обсуждения
по контролируемой самостоятельной работе
с историями болезни для студентов, обучающихся по дисциплине
«Дерматовенерология»

1. Тщательно изучите структуру титульного листа. Обратите внимание на правила заполнения и информацию, которую можно получить при изучении титульного листа.
2. Изучите анамнез заболевания и анамнез жизни пациента по изучаемой истории болезни.
3. Обоснуйте диагноз клинический и диагноз по МКБ – 10 с учетом полученных данных о дерматологическом статусе больного.
4. Изучите план обследования и лечения пациента с учетом протоколов и стандартов обследования и лечения.
5. Проанализируйте содержание эпикриза или этапного эпикриза (если имеется).
6. Обсудите с преподавателем результаты своей работы. Предложите (если считает необходимым) свой план обследования и лечения.

14. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ И КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ, ТЕСТЫ)

Клинические задачи

1. Клиническая задача – поставить диагноз, его обосновать, предложить комплекс лабораторно-инструментальной обследований пациента для подтверждения диагноза, назначить местную терапию (указать группу препаратов, лекарственную форму местного средства и указать названия средств) и системную терапию (обосновать необходимость назначения, указать группу препаратов, указать названия средств).
2. Описать первичные и вторичные морфологические элементы кожи.
3. Дать определение патоморфологического признака.
4. Описать этиологии и патогенез, клинические формы, клинику, диагностику и лечение одного из предложенных дерматозов.

Задача 1.

Пациентка 23 лет, обратилась с жалобами на появление высыпаний на коже кистей, живота, которые сопровождаются сильным ночным зудом. При осмотре на коже кистей, в межпальцевых промежутках, области запястий, живота имеются папулы, величиной до 3-4 мм в диаметре, эскориации, на коже живота, кистей определяются пустулы, желтого цвета корки. На животе папулы располагаются местами парно. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Ваш клинический диагноз? Чем осложнено заболевание? Какие

методы обследования необходимо провести? Наметьте план лечения и эпидмероприятий.

Задача 2

На прием к врачу обратилась беременная женщина, 29 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, за исключением лица, волосистой части головы, ладоней и подошв, сопровождающихся вечерним и ночным зудом. При осмотре: на коже туловища, особенно на переднебоковых поверхностях, животе, вокруг сосков, верхних и нижних конечностях имеются многочисленные парные папуло-везикулезные элементы, эскориации, кровянистые корочки. Субъективно: вечерний и ночной зуд. Ваш диагноз? Какие эпидемиологические мероприятия необходимо провести? Лечение.

Задача 3

У пациентки 32 лет, обратившейся к гинекологу, в области преддверия влагалища и заднего прохода имеются узелки бледно-розового цвета. Представляющие собой множественные сосочковые разрастания. Субъективных ощущений нет. Назовите предположительный диагноз.

1. Какова тактика обследования больной? Каковы осложнения?
2. Предложите наиболее эффективные методы лечения.

Задача 4

У больного 13 лет на тыльной поверхности кистей имеются множественные, четко отграниченные, плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные невоспалительные узелки грязно-серого цвета, с желтоватым оттенком, около 5мм. в диаметре, с нервной шероховатой поверхностью. 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите этиологию заболевания. 3. Предположите наиболее эффективное лечение.

Задача 5

20-летняя молодая девушка в течение 10 дней принимала ципрофлоксацин по 1 таблетке (250 мг) четыре раза в день. На фоне приема препарата появилась гиперемия, отек, творожистые обильные выделения из половых путей. Процесс сопровождается зудом и жжением. 1. Ваш вероятный диагноз? 2. Какие факторы могли обусловить возникновение данного заболевания? 3. Назначьте лечение пациентке.

Задача 6

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на безболезненную припухлость правой большой половой губы, несколько затрудняющей движения. Считает себя больной около трёх недель. По назначению врача-гинеколога принимала внутрь таблетки триметоприма и физиолечение (УФО местно). Улучшения состояния после лечения не

отмечает. При повторном осмотре выявлено увеличение паховых лимфатических узлов справа. Диагноз? Наличие какого заболевания следует предположить у пациентки? Какие тактические ошибки допущены гинекологом? Как следовало поступить в данной ситуации врачу-гинекологу? Какие результаты лабораторного обследования можно ожидать у пациентки?

Задача 7

Пациентка 32 лет обратилась к дерматологу по поводу сыпи на коже туловища. Из анамнеза: три месяца тому назад она имела половую связь с неизвестным мужчиной. При осмотре на коже туловища выявлена розеолезная сыпь. Увеличены в размере подмышечные, заднешейные, паховые лимфоузлы. Какое заболевание надо заподозрить? Какие исследования необходимы для установления диагноза? Дальнейшая тактика врача?

Задача 8

Пациентка 26 лет обратилась с жалобами на усиленное выпадение волос. При осмотре выявлено существенное поредение волосяного покрова волосистой части головы. На коже задней поверхности шеи имеются гипопигментированные округлые пятна диаметром до 0,5 см с гиперпигментированными границами. Диагноз? Какие исследования необходимо назначить? Врачебная тактика в отношении пациентки?

Задача 9

У беременной 25 лет (срок беременности 7 недель) при первичном скрининге на сифилис выявлены резко положительные реакции РМП (RPR) и ИФА. При осмотре высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках не выявлено. В анамнезе – обильная мелкая сыпь на туловище без субъективных явлений около 4 недель тому назад. Диагноз? Врачебная тактика в отношении пациентки?

Задача 10

У пациентки 24 лет, работницы столовой, во время профосмотра выявлены обильные папулезные высыпания на малых и больших половых губах. Элементы с резкими границами, имеют неровную поверхность, эрозированы, мокнут. Какое заболевание следует заподозрить? Какие исследования следует назначить пациентке? Врачебная тактика по отношению к пациентке?

Задача 11

У роженицы 22 лет в приёмном покое выявлена положительная РМП, на слизистой оболочке щёк по линии смыкания зубов имеются элевирующие

папулы опалового цвета. Какова врачебная тактика врача акушера-гинеколога в отношении роженицы?

Задача 12

К хирургу участковой поликлиники обратилась пациентка 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области заднего прохода. Считает себя больным около 2 недель. Лечилась самостоятельно примочками из отвара цветков ромашки без эффекта. При осмотре установлены гипертрофические вегетирующие мацерированные папулы в перианальной области, медно-красные плотные шелушащиеся папулы на коже ладоней и подошв. Врачебная тактика в отношении пациентки?

Задача 13

В клинику госпитализирована пациентка 55 лет с жалобами на наличие язвы на коже правой голени, которая развилась в результате травмы. Результаты серологических реакций: ИФА и РМП (RPR)+ (1:5), РИФ+, РПГА+. В анамнезе – лечение по поводу первичного сифилиса 4 года тому назад. Во время лечения выпивал, курс лечения самовольно прервал. Последние 3 года работал на лесозаготовках. Язва имеет размеры 3х4 см, с плотными отвесными краями, тягучим гнойно-некротическим отделяемым на коже левой голени. Предварительный диагноз? Дифференциальный диагноз? Составьте план консультаций и дополнительных обследований?

Задача 14

У пациента 42 лет появились высыпания на коже спины. При осмотре установлено наличие группы бугорков медно-красного цвета размерами с кедровый орешек, с признаками распада в центральных зонах. Серологические реакции: РМП (RPR)-, ИФА+, РИФ+, РПГА+. Поставьте диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? У каких специалистов следует проконсультировать больного? Объясните, почему получен отрицательный результат РМП.

Задача 15

Пациентка 28 лет приглашена на консультацию дерматовенеролога по результатам скринингового исследования крови на сифилис во время профосмотра при устройстве на работу (ИФА положительная). Кожный покров и видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Подкожные лимфатические узлы не увеличены. Какими могли быть результаты серологического исследования? Какова врачебная тактика в отношении пациента? Каковы причины и условия развития данной ситуации.

Задача 16

Больная 26 лет, беременность 26 недель, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на появление гиперпигментации в области лица.

Объективно: на лице в области лба, спинки носа, верхней губы и щек - светло-коричневые пятна с неровными краями. Предположительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача 17

Больная 27 лет, беременность 20 недель, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на появление сыпи вокруг пупка, зуд. Объективно: кожа на животе вокруг пупка гиперемирована, на фоне гиперемии обнаруживаются многочисленные напряженные пузыри. Предположительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача 18

Больная 27 лет, беременность 30 недель, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на сильный зуд в области ладоней и подошв, особенно выраженный по ночам. В семье все здоровы. Объективно: единичные экскориации на боковых поверхностях стоп. Предположительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача 19

Больная 25 лет, беременность 35 недель, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на высыпания в области живота, бедер и ягодиц, зуд. Больна 4 недели. Объективно: на бедрах и ягодицах уртикарные папулы и бляшки, на коже живота – корочки и шелушение на гиперпигментированном фоне. Предположительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача 20

Больная 25 лет, беременность 20 недель, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на высыпания и зуд. В анамнезе атопический дерматит, обострений не было последние 7 лет. Объективно: на разгибательных поверхностях предплечий, в подколенных ямках и передней поверхности голеней кожа сухая, гиперемирована, имеются следы от расчесов. Предположительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача 21

На прием обратилась пациентка с жалобами на болезненные эрозии в области половых губ. Из анамнеза выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на больших и малых половых губах обнаружены сгруппированные пузырьки и эрозии полициклических очертаний, с четкими границами, мягкие при пальпации. 1. Для какого заболевания наиболее характерна описанная картина? 2. методы диагностики? 3. Какие препараты можно назначить пациенту?

Задача 22

Пациентка Ж., 24 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Такие явления возникли через 7 дней после случайной половой связи. К врачу не обращалась. Через неделю после развития первых признаков заболевания отметил выраженное учащение мочеиспускания и повелительные позывы к мочеиспусканию, а также рези в уретре в конце акта мочеиспускания. При осмотре: в области наружного отверстия уретры - гиперемия, отечность, при осмотре в зеркалах - отмечаются гиперемия влагалища, шейки матки, свободные умеренные желто-зеленые гнойные выделения. О каком заболевании следует подумать? Какие осложнения возможны? Составьте плана обследования с указанием наиболее специфичного метода диагностики. Какой план лечения?

Задача 23

Пациентка обратилась к венерологу, как половой контакт пациента с установленной хламидийной и трихомонадной инфекцией. Жалоб не предъявляет. Последняя половая связь 2 месяца назад. При осмотре: слабая гиперемия уретры, в зеркалах: слабая гиперемия влагалища, скудные слизистые выделения. Какие обследования следует назначить? Какие тесты будут наиболее специфичными? Какие осложнения урогенитального хламидиоза и трихомониаза возможны? Почему пациентка не предъявляла жалоб? Сформулируйте диагноз при положительных результатах обследования? Составьте план обследования.

Ответы на клинические задачи

Задача 1.

1. Чесотка, осложненная бактериальной инфекцией.
2. Микроскопическое исследование на чесоточного клеща.
3. Гель перметрин, серная мазь 1 раз в сутки 5-7 дней.
4. Осмотр и лечение членов семьи.
5. Дезинфекция одежды и помещений.

Задача 2.

1. Чесотка, осложненная бактериальной инфекцией.
2. Микроскопическое исследование на чесоточного клеща.
3. Гель перметрин, серная мазь 1 раз в сутки 5-7 дней.
4. Осмотр и лечение членов семьи.
5. Дезинфекция одежды и помещений.

Задача 3.

1. Папилломовирусная инфекция области гениталий: остроконечные кондиломы.
2. ПЦР диагностика на онкогенные штаммы папилломовирусов (16,18).

3. Осложнения: дисплазия шейки матки с трансформацией в карциному.
4. Лечение: удаление с помощью лазерных технологий, криотерапия, солковагин.

Задача 4.

1. Папилломовирусная инфекция кистей: вульгарные бородавки.
2. Удаление с помощью криодеструкции.

Задача 5.

1. Урогенитальный кандидоз: острый вульвовагинит.
2. Прием антибиотиков.
3. Флуконазол 150 мг однократно, внутривагинальные таблетки: клотримазол №10.

Задача 6.

1. Первичный сифилис: Атипичный твердый шанкр - индуративный отек. Регионарный лимфаденит.
2. Назначено лечение без проведения полного обследования.
3. Провести серологическое исследование на сифилис (нетрепонемные: РМП (RPR) и трепонемные: ИФА, РПГА, РИФ).
4. Положительные результаты.

Задача 7.

1. Вторичный сифилис свежий: розеолезная сыпь, генерализованная лимфаденопатия.
2. Нетрепонемные серологические тесты РМП (RPR) (положительный в высоком титре) и минимум один положительный трепонемный (ИФА/РПГА/РИФ).
3. Специфическое лечение.

Задача 8.

1. Вторичный рецидивный сифилис: сифилитическая алопеция, сифилитическая лейкодерма.
2. Провести серологическое исследование на сифилис (нетрепонемные: РМП (RPR) и серологические: ИФА, РПГА, РИФ).
3. При положительных результатах назначить специфическое противосифилитическое лечение.

Задача 9.

1. Ранний скрытый сифилис?
2. Провести повторное обследование с проведением трепонемных серологических реакций: РПГА, РИФ, повторно РМП (RPR) (сохранение позитивных результатов или нарастание титров).
3. Назначить специфическое противосифилитическое лечение и затем 2 курса профилактического лечения.

Задача 10.

1. Сифилис вторичный: эрозивные папулезные сифилиды гениталий.

2. Исследование на бледную трепонему: микроскопия в темном поле, серологические реакции (нетрепонемные: РМП (RPR) и трепонемные: ИФА, РИФ, РПГА).

Задача 11.

1. Трепонемные серологические реакции (ИФА, РПГА, РИФ)
2. При положительных результатах - специфическое лечение, обследование ребенка и назначение специфического лечения.

Задача 12.

1. Вторичный сифилис: широкие кондиломы, ладонно-подошвенные сифилиды.
2. Обследование на сифилис (микроскопия в темном поле эрозированных папул, серологические реакции (RPR/ИФА).

Задача 13.

1. Третичный сифилис: гуммозный сифилид области левой голени. Дифференциальный диагноз: кожный лейшманиоз.
2. План консультаций: невролог с исследованием спинномозговой жидкости на сифилис, окулист, кардиолог, УЗИ сердца. РМП, РИФ, ИФА, РПГА. РМП у 2/3 пациентов с поздними формами сифилиса отрицательный. При положительном результате положительный в низком титре. Прямые метод идентификации бледной трепонемы при третичном сифилисе не применяют ввиду низкой контагиозности элементов.

Задача 14.

1. Третичный сифилис: туберкулоидный сифилид области спины. Дифференциальный диагноз: кожный лейшманиоз.
2. План консультаций: невролог с исследованием спинномозговой жидкости на сифилис, окулист, кардиолог, УЗИ сердца. РМП (RPR) у 2/3 пациентов с поздними формами сифилиса отрицательный. При положительном результате положительный в низком титре.

Задача 15.

1. Серологические исследования: нетрепонемные (RPR) и трепонемные (РИФ, РПГА, ИФА). При положительных результатах – устанавливается диагноз скрытого сифилиса (при отсутствии данных о длительности заболевания – поздний скрытый сифилис) и назначение специфического лечения согласно протоколов.
2. Назначение консультаций: невролог с исследованием спинномозговой жидкости на сифилис, окулист, кардиолог.

Задача 16.

1. Мелазма. Лечение не требуется: уход за кожей лица, использование солнцезащитного крема, консультация косметолога при сохранении гиперпигментации более 12 месяцев после родов.

Задача 17.

1. Пемфигоид беременных (гистология, ПИФ). Лечение: Системные ГКС.

Задача 18.

1. Холестатический зуд беременных. Биохимический анализ крови, соскоб на чесотку.
2. Лечение: урсосан, дексаметазон, холестирамин.

Задача 19.

1. Полиморфный дерматоз беременных. Лечение: Местно ГКС мази.

Задача 20.

1. Атопический дерматит, обострение.
2. Лечение: местно ГКС мази низкой активности.

Задача 21.

1. Генитальный герпес.
2. Проба Тцанка (обнаружение гигантоклеточных кератицитов, поврежденных вирусом герпеса) при микроскопии жидкости везикул, самый специфичный тест – ПЦР, обследование полового партнера.
3. Противовирусные препараты: ацикловир, валацикловир.

Задача 22.

1. Острая гонорея нижних отделов мочеполовой системы: уретрит, вульвовагинит, эндоцервицит.
2. Осложнения: восходящая гонорея: эндометрит, сальпингооварит, перитонит.
3. Обследование полового партнера и пациентки: ПЦР, микроскопия по Граму, посев с определением чувствительности к антибиотикам.
4. Выбор лекарственного средства согласно результата теста на чувствительность: азатиоприн, цефазолин, гентамицин, тобрамицин.

Задача 23.

1. Микроскопия с окраской по метиленовым синем, нативные мазки, ПЦР, культуральный метод на трихомонады;.
2. Наиболее специфичными тестами являются ПЦР и культуральный методы, в практике применяют чаще ПЦР.
3. Осложнения могут касаться периода беременности и послеродового периода: воспалительные заболевания органов малого таза, патология беременности (невынашивание, преждевременные роды, мертворождение), синдром Рейтера для хламидийной инфекции.
4. У пациентки хроническое бессимптомное течение заболевания.
5. Хроническая урогенитальная смешанная хламидийная и трихомонадная инфекция: торпидный уретрит, вульвовагинит.
6. Антибиотики макролидного ряда и метронидазол.

Тесты:

1. Материалом для проведения КОН-теста при урогенитальном кандидозе является:

1. Обломанные волосы
2. Чешуйки из очага поражения
3. Измененные ногти
- +4. Творожистый налет
5. Венозная кровь

2. Лабораторная диагностика урогенитального кандидоза включает следующие виды исследования:

1. КОН тест
2. Культуральная диагностика
3. Полимеразная цепная реакция
- +4. Все перечисленное верно

2. Выберите системный препарат для лечения урогенитального кандидоза:

1. Нистатин
- +2. Флуконазол
3. Гризеофульвин
4. Тербинафин

3. Факторами развития кандидоза являются:

1. Сахарный диабет
2. Нерациональная антибиотикотерапия
3. Иммуносупрессивная терапия
4. ВИЧ-инфекция
- +5. Всё перечисленное верно

4. Что из перечисленного не описывает клинику урогенитального кандидоза?

1. Творожистые комочки в области влагалища
2. Гиперемия стенок влагалища
3. Гиперемированная слизистая уретры
- +4. Сгруппированные мелкие везикулы на гиперемированном фоне

5. К методам диагностики генитального герпеса не относится?

1. Вирусологические методы
2. ПЦР - диагностика
- +3. РИТ
4. Выявление антигенов ВПГ

6. Показанием для супрессивной терапии генитального герпеса является:

1. Первичный эпизод
2. Редко рецидивирующее течение
- +3. Часто рецидивирующее течение
4. Ничего из перечисленного

7. Укажите морфологический элемент, характерный для генитального герпеса:

1. Волдырь

- +2. Пузырёк
 - 3. Фликтена
 - 4. Бугорок
 - 5. Папула
8. Укажите препарат, обычно применяющийся при лечении генитального герпеса:
- 1. Преднизолоновая мазь
 - 2. Эритромициновая мазь
 - 3. Синтомициновая эмульсия
 - 4. Салициловая мазь
 - +5. Мазь Ацикловир
9. Сочетание каких из перечисленных элементов характерно для генитального герпеса:
- 1. Гнойнички, язвы, гнойные корки
 - 2. Узелки, чешуйки, гиперпигментация
 - 3. Папулы, волдыри, эскориации
 - 4. Бугорки, язвы, геморрагические корки
 - +5. Пузырьки, эрозии, серозные корки
10. Укажите субъективные ощущения, характерные для генитального герпеса:
- +1. Зуд
 - +2. Жжение
 - 3. Боль
 - 4. Чувство стягивания
 - 5. Чувство покалывания
11. Укажите заболевание, с которым необходимо дифференцировать генитальный герпес:
- 1. Опоясывающий лишай
 - 2. Первичный сифилис
 - 3. Стрептококковое импетиго
 - 4. Мягкий шанкр
 - +5. Все перечисленное верно
12. Укажите характерный признак генитального герпеса:
- +1. Склонность к рецидивированию
 - 2. Хроническое, длительное течение без периодов ремиссии
 - 3. Начало заболевания в пожилом возрасте
 - 4. Ремиссии при длительном пребывании в сухом и жарком климате
 - 5. Четкая связь возникновения рецидивов с приемом сульфаниламидов
13. Укажите наиболее эффективный препарат для купирования рецидива генитального герпеса:
- 1. Тетрациклин
 - +2. Ацикловир
 - 3. Преднизолон
 - 4. Сумамед
 - 5. Бисептол

14. Укажите разновидности бородавок:

1. Обычные
2. Плоские
3. Подошвенные
4. Остроконечные
- +5. Все перечисленное верно

15. Папилломавирусы вызывают возникновение:

- +1. Остроконечных кондилом
2. Простого герпеса
3. Контагиозного моллюска
4. Псориаза
5. Роговой экземы

16. Противогерпетическим действием обладают все препараты, кроме:

1. Ацикловира
2. Фамцикловира
3. Ганцикловира
4. Валцикловира
- +5. Сульфадиметоксина

17. К физиологическим пигментным изменениям кожи при беременности относят:

1. Локальную гиперпигментацию
2. Диффузную гиперпигментацию
3. Мелазму (хлоазму)
4. Потемнение меланоцитарных невусов
- + 5. Все вышеперечисленное

18. Как влияет беременность на течение атопического дерматита?

1. Улучшает состояние
- +2. Ухудшает состояние, вызывает рецидив заболевания
3. Не влияет на течение заболевания
4. Ничего из перечисленного

19. Препарат, не разрешенный для применения при лечении чесотки и педикулеза у беременных:

1. Кротамион мазь 10%
2. Спрегаль аэрозоль
3. Серная мазь 20%
- +4. Бензилбензоат эмульсия 20%

20. На этапе сбора анамнеза при постановке диагноза необходимо выяснить:

1. Подробный семейный анамнез
2. Наличие сопутствующих заболеваний
3. Информацию о течении и исходе предыдущих беременностей
4. Список препаратов, которые принимает пациентка
- +5. Все перечисленное

21. Хронические дерматозы, наличие которых может повлиять на течение и исход беременности:

1. Атопический дерматит
 2. Псориаз
 - +3. Системная красная волчанка
 4. Все перечисленное
22. Все нижеперечисленное, касающееся протекания пузырчатки у беременных, верно, кроме:
1. Беременность способствует обострению заболевания
 2. Развитие тяжелой формы заболевания с диссеминированным поражением кожи может привести к гибели плода
 3. В III триместре происходит стихание острых проявлений заболевания
 - +4. Заболевание никогда не передается новорожденному
23. К дерматозам беременных, связанных с риском для плода, относятся:
1. Пустулезный псориаз беременных
 2. Пемфигоид беременных
 3. Полиморфный дерматоз беременных
 4. Пруриго беременных
 - +5. 1 и 2
 6. 1,2,3
24. При пустулезном псориазе беременных обычно не поражаются:
1. Лицо
 2. Ногти
 3. Ладони и подошвы
 4. Слизистые
 - +5. 1 и 3
25. Первичные элементы при хлоазме:
1. Папулы
 - +2. Пятна
 3. Узелки
 4. Ничего из перечисленного
26. Типичное время проявления пустулезного псориаза у беременных:
1. Первый триместр беременности
 2. Второй триместр беременности
 - +3. Третий триместр беременности
 4. Сразу после родов
27. Возможные осложнения при пустулезном псориазе у беременных:
1. Преждевременные роды
 2. Гибель плода
 3. Судороги и делирий у матери
 - +4. Все из выше перечисленного
28. При пустулезном псориазе беременных, рефрактерном к высоким дозам ГКС, возможно применение:
1. Супрастина
 - +2. Циклоспорина

3. Ацикловира
4. Ничего из перечисленного

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПРИЕМУЩЕСТВЕННО

ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1. К триаде Гетчинсона при позднем врожденном сифилисе не относится:

1. Специфический лабиринтит
2. Диффузный кератит
3. Зубы Гетчинсона
- +4. Сифилитическая пузырчатка

Правильный ответ: сифилитическая пузырчатка (выбор 4) встречается при раннем врожденном сифилисе и характеризуется появлением пузырей на стопах, ладонях, сгибательных поверхностях голеней, предплечий и редко – на туловище. Триада Гетчинсона включает в себя диффузный кератит (выбор 2) – помутнение роговицы, светобоязнь, слезотечение; специфический лабиринтит (выбор 1) – глухоту из-за поражения слуховых нервов, зубы Гетчинсона (выбор 3) – дистрофию верхних центральных постоянных резцов.

2. Атипичной формой твёрдого шанкра при первичном периоде сифилиса не является?

- +1. Язвенный твердый шанкр в области головки полового члена
2. Индуративный отек
3. Шанкр-амигдалит
4. Шанкр-панариций

Правильный ответ: язвенный твёрдый шанкр в области головки полового члена (выбор 1) – типичная клиническая форма первичного активного сифилиса. Индуративный отек (выбор 2) развивается вследствие поражения лимфатических капилляров половых органов. Пораженный орган уплотняется, становится синюшным, холодным наощупь. Шанкр-амигдалит (выбор 3) представляет собой уплотнённую, увеличенную нёбную миндалину без образования эрозии или язвы; создаёт дискомфорт при глотании. Шанкр-панариций (выбор 4) локализуется на дистальной фаланге пальца кисти. На тыльной стороне пальца отмечается болезненная язва с резкими границами мясо-красного цвета, подмышечные и локтевые лимфоузлы увеличены.

3. Признак вторичного сифилиса?

1. Медленное разрешение элементов сыпи при лечении
2. Элементы сыпи не заразны
- +3. Полиморфизм высыпаний
4. Наличие остро воспалительной реакции вокруг элементов

Правильный ответ: полиморфизм элементов (выбор 3). Высыпания при вторичном сифилисе могут быть представлены различными сифидами: пятнистым (розеола), папулёзными (лентикулярный, милиарный, нумулярный, мокнувший, ладонно-подошвенный, широкие кондиломы), пустулёзными (угревидный, импетигоидный, эктиматозный, рупиоидный), везикулёзным (оспенновидный). Нередко отмечается одновременное высыпание нескольких первичных элементов – пятен, папул, иногда пустул (истинный полиморфизм). Эрозивно-язвенные элементы сыпи при вторичном сифилисе весьма заразительны (выбор 2), быстро регрессируют под действием противосифилитической терапии (выбор 1), островоспалительная реакция и болезненность элементов отсутствует (выбор 4).

4. Венерическим заболеванием является:

1. Хламидиоз урогенитальный
2. Генитальный герпес
3. Трихомониаз
- +4. Сифилис
5. Чесотка

Правильный ответ: сифилис (выбор 4) является «классической» венерической болезнью. Хламидиоз (выбор 1) и трихомониаз (выбор 3) по классификации ВОЗ включены в группу инфекций, передающихся половым путём (ИППП) с преимущественным поражением половых органов. Чесотка (выбор 5) является контагиозным паразитарным заболеванием с контактно-бытовым механизмом передачи, в том числе и при сексуальных контактах.

5. Признаки твердого шанкра:

1. Инфильтрат у основания твердый
2. Субъективные симптомы отсутствуют
3. Медно-красный цвет
4. Эрозией или язвой
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Признаками первичного шанкра являются: твердый инфильтрат у основания (выбор 1), отсутствие субъективных ощущений (выбор 2), медно-красный цвет (выбор 3), четко отграниченная эрозия с лакированным дном или язва, дно которой покрыто желтоватым («сальным») налётом (выбор 4).

6. К осложнениям твердого шанкра не относят:

- +1. Индуриативный отек
2. Фимоз
3. Фагединизм
4. Гангренизацию

Правильный ответ: индуративный отек (выбор 1) развивается без твёрдого шанкра вследствие первичного поражения сифилитической инфекцией лимфатических капилляров половых органов. Фимоз (выбор 2) – осложнение твёрдого шанкра, вызванное баланопоститом и сужением листков крайней плоти, в результате чего открытие головки полового члена становится невозможным. Фагединизм (выбор 3) является состоянием, при котором вследствие присоединения вторичной инфекции поражаются глубокие ткани полового члена вплоть до его самоампутации. Гангренизация (выбор 4) представляет собой язвенно-некротический процесс, который проявляется струпом чёрного цвета, покрывающим сифилитическую язву (твёрдый шанкр).

7. Дифференциальную диагностику твердого шанкра проводят со следующими заболеваниями:

1. Мягкий шанкр
2. Генитальный герпес
3. Язвы разной этиологии
4. Венерическая лимфогранулема
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: со всеми перечисленными (выбор 5). Для мягкого шанкра (выбор 1) характерен короткий период инкубации – несколько дней. На половых органах появляются папулы и изъязвляющиеся пустулы. Язвенные элементы имеют мягкую консистенцию и носят остро воспалительный характер, в их обильной гнойном отделяемом выявляется стрептобацилла Дюкрея-Петерсена-Унны. При простом герпесе (выбор 2) отмечается множество сгруппированных везикул на гиперемизированном фоне. Высыпания сопровождаются зудом, жжением. Встречаются другие язвенные поражения половых органов (выбор 3), например шанкриформная пиодермия. Венерическая лимфогранулема (выбор 4) характеризуется 3 стадиями развития с формированием узлов на половых органах, выраженным увеличением лимфатических узлов (паховых, бедренных) с изъязвлениями и фистулизацией, разрывом, проктитом; бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаруживается.

8. Третичный период сифилиса при классическом течении развивается:

1. На 1-2 году течения инфекции
2. Чаще на 2 - 3 году от момента заражения
- +3. На 4 - 5 году от момента заражения
4. Через 10 лет от момента заражения
5. Всегда через 1-5 лет от момента заражения

Правильный ответ: обычно через 4-5 лет от момента заражения (выбор 3). В последнее время третичный сифилис встречается редко. Его развитию способствуют: неполноценное лечение по поводу ранних форм сифилиса, нарушения иммунной системы, алкоголизм, наркомания, травмы, сопутствующие заболевания. Указанные и другие факторы (ВИЧ-инфекция, туберкулёз и другие иммунодефициты) способствуют укорочению (выбор 1, 2) или удлинению (выбор 4,5) сроков наступления третичного периода сифилиса (например, у нелеченных или плохо лечившихся).

9. Папулезные сифилиды слизистых оболочек характеризуются:

1. Четкими границами
2. Отсутствием периферического воспалительного ободка
3. Заразностью
4. Чаще безболезненные
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Папулезные высыпания при сифилисе четко очерчены (выбор 1), безболезненны (выбор 4). Высыпания при вторичном сифилисе острозаразительны, особенно мокнущий папулезный сифилид и широкие кондиломы (выбор 3). Периферический ободок воспалительного характера вокруг элементов не наблюдается (выбор 2).

10. Сифилитическую лейкодерму следует дифференцировать от:

1. Витилиго
2. Отрубевидного лишая
3. Вторичной лейкодермы при псориазе
4. Белого лишая
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: от всего перечисленного (выбор 5). Витилиго (выбор 1) характеризуется отсутствием пигмента и шелушения в очагах, их распространённостью, склонностью к слиянию. При отрубевидном лишае (выбор 2) в пятнистых очагах отмечается мелкое шелушение, характерная лейкодерма. Диагноз подтверждается микроскопическими исследованиями, положительной пробой Бальцера. При псориазе (выбор 3) элементы разрешаются с формированием гипопигментаций и белый лишай (выбор 4) это депигментации, развившиеся после регрессирования элементов атопического дерматита при типичной локализации на лице, сгибах кожи.

11. К разновидностям пустулезного сифилида относят:

1. Импетигиозный
2. Эктимоподобный
3. Рупиоидный

- 4. Оспенновидный
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). При импетигиозном сифилиде (выбор 1) появляются высыпания в виде папул, в центре которых происходит нагноение и образование поверхностной пустулы, ссыхающейся в корку. Элементы могут достигать больших размеров. Рупиоидный сифилид (выбор 3) представляет собой разновидность тяжело протекающей эктимы с образованием слоистых, массивных корок, напоминающих раковину. При эктиматозном сифилиде (выбор 2) в результате глубокого распада крупных инфильтративных монетовидных папул образуется корка, при удалении которой образуется глубокая язва. Оспенновидный сифилид (выбор 4) представляет собой множественные пустулы на фоне округлых пятен, величиной с горошины, содержимое которых затем в центре ссыхается в корку и отторгается с образованием атрофического рубчика или буроватой пигментации (напоминает морфологический элемент при оспе).

12. Пустулезный сифилид дифференцируют с:

- 1. Простым герпесом
- +2. Вульгарной эктимой
- 3. Псориазом
- 4. Красным плоским лишаем

Правильный ответ: пустулёзный сифилид дифференцируют с вульгарной эктимой (выбор 2). При вульгарной эктиме образуется пустула с островоспалительной реакцией, инфильтрация, характерная для сифилитической эктимы, отсутствует. В постановке диагноза помогают серологические реакции. При простом герпесе (выбор 1) импетигинизация может возникать при присоединении вторичной инфекции. Клиника типичной формы простого герпеса включает в себя образование сгруппированных пузырьков на фоне отёчного пятна. При псориазе (выбор 3) и красном плоском лишае (выбор 4) первичным морфологическим элементом являются папулы с характерными признаками и локализацией.

13. При сгруппированном бугорковом сифилиде язва:

- 1. С некротическим стержнем на дне
- 2. Округлой формы с плотным валикообразным краем
- 3. Рубцуется в плотный звездчатый рубец
- 4. Все перечисленное не верно
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное не верно (выбор 4). Сгруппированный бугорковый сифилид локализуется на коже разгибательных поверхностей конечностей, носа, лба, в области лопаток, поясницы. Бугорки располагаются близко, фокусно, не сливаются и находятся на разных стадиях развития. Они

могут рассасываться или изъязвляться, образуя впоследствии рубцовую атрофию. Вследствие неодинакового возраста и глубины залегания бугорков отдельные рубцы отличаются по цвету и форме поверхности, между ними располагаются участки непоражённой кожи («мозаичный рубец»). Округлая язва с плотными валикообразными краями (выбор 2) и некротическим стержнем (выбор 1) характерна для гуммозного сифилида. Язва выполнена грануляциями, рубцуется. Рубец плотный, глубокий, звездчатый (выбор 3).

14. Преимущественная локализация сифилитической гуммы?

- +1. Голени и верхние конечности
- 2. Волосистая часть головы
- 3. Чаще на спине
- 4. Все перечисленное не верно
- 5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: голени и верхние конечности (выбор 1). Сифилитические гуммы являются признаком третичного сифилиса и в настоящее время встречаются редко. Гуммы преимущественно располагаются на конечностях и значительно реже в других областях (выбор 2 и 3).

15. Клинической формой гуммозного сифилида является:

- 1. Гуммозный инфильтрат
- 2. Фиброзные гуммы
- 3. Изолированные гуммы
- +4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). К гуммозным сифилидам относят все перечисленные формы. Изолированные гуммы (выбор 4) возникают в подкожной клетчатке и представляют собой плотноэластические, четко отграниченные, безболезненные, не спаянные с кожей шаровидные узлы, которые увеличиваются, спаиваются с окружающей кожей и размягчаются. В центре гуммы появляется флюктуация, узел вскрывается с выделением клейкой жидкости грязно-желтого цвета. Фиброзные гуммы (выбор 2) образуются вследствие замещения гуммозного инфильтрата соединительной тканью с последующей её фиброзиртизацией и отложением в этих очагах солей кальция. Фиброзные гуммы (обычно одиночные) чаще локализуются на передней и задней поверхности локтевых суставов в виде подвижных безболезненных образований полушаровидной формы, которые не изъязвляются. Гуммозные инфильтраты (выбор 1) возникают вследствие слияния нескольких гумм или самостоятельно.

16. Для фиброзных гумм характерно:

- 1. Локализуются на передней и задней поверхности суставов
- 2. Образованием вследствие перерождения сифилитической гуммы

+3. Все перечисленное верно

Правильный ответ: верно 1. и 2 (выбор 4). Фиброзные гуммы образуются вследствие перерождения гумм (выбор 2), чаще локализуются на передней и задней поверхности суставов (выбор 1), регионарный лимфаденит не характерен (выбор 3).

17. Гуммозный сифилид следует дифференцировать с:

1. Псориазом

+2. Лепра

3. Гнездной алопецией

4. Пузырчаткой

Правильный ответ: с лепрой (выбор 2). При лепроматозной лепре узлы имеют застойно-красный цвет с бурым оттенком, блестящую поверхность, редко распадаются. Выявляется нарушение температурной, болевой, тактильной чувствительности, поражение периферических нервов (стволовые невриты, «львиное лицо» и др.). Обнаружение микобактерий лепры в микропрепаратах из специфических инфильтратов при гистологическом исследовании помогает подтвердить диагноз. При псориазе (выбор 1) первичным морфологическим элементом является папула. При алопеции (выбор 3) наблюдается выпадение волос в виде ограниченных очагов или диффузно (RPR/ИФА отрицательная). Первичных элементов при этом на коже не возникает. При истинной пузырчатке (выбор 4) первичным морфологическим элементом является внутриэпидермальный пузырь (симптом Никольского положительный).

18. К нетрепонемным тестам относят все перечисленное, кроме:

1. RPR

2. VDRL

+3. РПГА

4. Ничего из перечисленного

Правильный ответ: РПГА (выбор 3) - реакция пассивной гемагглютинации – специфичный трепонемный серологический тест на сифилис, позволяющий исключать ложноположительные реакции нетрепонемных реакций. Нетрепонемные тесты позволяют обнаружить в тестируемой сыворотке обследуемого антитела, реагирующие с кардиолипин-лецитиновым антигеном. Тест RPR (выбор 1) - тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins); его оценивают визуально из-за наличия окрашенных веществ в приготовленном антигене. VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) (выбор 2) – нетрепонемный тест с микроскопическим считыванием реакции. Если в сыворотке обследуемого присутствуют

антитела к кардиолипину антигену, то образуются агрегаты в виде коротких стержневидных структур, видимых под микроскопом.

19. При раннем скрытом сифилисе нетрепонемные серотесты:

1. Отрицательные
- +2. Положительные с высоким титром
3. Положительные с низким титром
4. Не являются диагностически значимыми

Правильный ответ: положительные с высоким титром (выбор 2), так как длительность раннего скрытого сифилиса не превышает 1 год, когда чувствительность нетрепонемных тестов высокая.

20. При позднем скрытом сифилисе нетрепонемные тесты:

- +1. Могут быть отрицательные почти у каждого третьего пациента
2. Положительные с высоким титром
- +3. Положительные с невысоким титром
4. Не являются диагностически значимыми

Правильный ответ: могут быть отрицательные почти у каждого третьего пациента (выбор 1) и положительные с невысоким титром (выбор 3), так как длительность позднего скрытого сифилиса больше 1 года, когда чувствительность нетрепонемных тестов снижается.

21. При позднем скрытом сифилисе трепонемные тесты:

1. Отрицательные
- +2. Положительные

Правильный ответ: положительные (выбор 2). Так как трепонемные тесты это высокочувствительные и специфичные серотесты и составляют основу диагностики поздних и скрытых форм сифилиса.

22. Частота выявления поражения ЦНС при позднем скрытом сифилисе:

1. Не выявляется
2. У всех пациентов
3. Около 30% случаев
- +4. Около 50% случаев

Правильный ответ: около 50% случаев (выбор 4), при поздних формах сифилиса риск развития нейрофсифилиса повышается.

23. Показания для выполнения исследования спинномозговой жидкости при сифилисе:

1. Сифилис врожденный

2. Сифилис скрытый поздний
3. Сифилис манифестный со сроком от момента заражения более 6 месяцев
4. Сифилис третичный
- +5. Всё перечисленное

Правильный ответ: все перечисленное (выбор 5), риск развития нейросифилиса возрастает при увеличении длительности сифилиса, исследование спинномозговой жидкости составляет основу диагноза нейросифилиса.

24. Выявление скрытого сифилиса является задачей специалиста:

1. Только дерматовенеролога
2. Акушера-гинеколога
3. Уролога
4. Терапевта
- +5. Всех врачей-специалистов лечебно-профилактической медицинской сети

Правильный ответ: Всех врачей-специалистов лечебно-профилактической медицинской сети (выбор 5). Скрытый сифилис характеризуется отсутствием клинических проявлений, поэтому скрининг на сифилис осуществляют врачи всех специальностей.

25. Обследование пациента с сифилисом обязательно включает:

1. Осмотр невролога
2. Осмотр оториноларинголога
3. Осмотр офтальмолога
4. Осмотр терапевта
- +5. Обязательный осмотр всех перечисленных специалистов

Правильный ответ: скрытый сифилис характеризуется отсутствием клинических проявлений, поэтому скрининг на сифилис осуществляют врачи всех специальностей.

26. Обязательное скрининговое специфическое серологическое обследование беременных включает:

1. РИФ
2. РМП (RPR)
- +3. ИФА
4. РПГА

Правильный ответ: Наиболее чувствительным и специфичным тестом, который становится положительным через 2-4 недели после инокуляции бледной трепонемы является ИФА (выбор 3) (иммуноферментный анализ).

Что позволяет выявить зараженных пациентов на разных стадиях заболевания.

27. Тактика при выявлении сифилиса у беременной:

1. Начинать лечение следует в сроке после 20 недель беременности
2. Начинать лечение следует после родоразрешения
- +3. Начинать лечение следует сразу после установления диагноза
4. Лечение следует только проводить только в случае высокого риска заражения сифилисом плода

Правильный ответ: начинать лечение следует сразу после установления диагноза (выбор 3) для предупреждения развития врожденного сифилиса у ребенка.

28. Серологический контроль излеченности сифилиса осуществляется мониторингом титра:

1. РИФ
2. ИФА
- +3. РМП (RPR)
4. РПГА

Правильный ответ: РМП (RPR) (выбор 3). При эффективном лечении происходит снижение титра нетрепонемного теста RPR и полная его негативация после окончания, что служит для оценки качества лечения. Трепонемные тесты сохраняют позитивность в течение длительного периода после окончания терапии. Поэтому их не используют для контроля излеченности сифилиса.

29. При трихомониазе поражается:

1. Только уретра
2. Только шейка матки
3. Только влагалище
- +4. Все перечисленное

Правильный ответ: все перечисленное (выбор 4). Поскольку трихомонадная инфекция характеризуется мультифокальным поражением.

30. Симптомы уретрита:

1. Дизурия
2. Выделения из уретры
3. Воспаление губок уретры
- +4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

Правильный ответ: все перечисленное (выбор 4), симптомы уретрита являются частым симптомом различных ИППП, и включают симптомы нарушения мочеиспускания и симптомы воспаления (гиперемия, выделения).

31. Выберите эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

1. Цефалексин
2. Тербинафин
- +3. Доксициклина моногидрат
4. Бициллин

Правильный ответ: доксициклина моногидрат (выбор 3). Группа тетрациклинов является эффективными средствами для лечения хламидийной инфекции. Препараты пенициллина и цефалоспоринового ряда не применяются для лечения хламидиоза в виду резистентности к ним, тербинафин является противогрибковым препаратом, а хламидиоз – бактериальная инфекция.

32. Классификация гонореи у женщин включает следующие критерии:

1. Давность заболевания
2. Степень выраженности клинических симптомов
3. Топографию поражения
- +4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). По давности заболевания от момента заражения (выбор 1) выделяют свежую (до 2 месяцев) и хроническую (более 2 месяцев) гонорею. В зависимости от степени выраженности клинических симптомов (выбор 2) различают свежую острую, подострую и торпидную гонорею. Топический диагноз (выбор 3) указывает на локализацию гонорейного воспалительного процесса (уретрит, вульвовагинит, бартолинит, эндоцервицит).

33. Укажите правильное высказывание:

1. Пенициллин является высокоэффективным антибиотиком для лечения гонореи
2. Пенициллин является препаратом выбора для лечения сочетанной гонорейно-трихомонадной инфекции
3. Рифампицин является препаратом выбора для лечения гонореи
- +4. Антибиотики группы макролидов являются высокоэффективными препаратами для лечения неосложненной гонореи у беременных женщин
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: антибиотики группы макролидов являются высокоэффективными препаратами для лечения неосложненной гонореи у беременных женщин (выбор 4), так как данные препараты не только обладают специфическим бактерицидным действием, но и не оказывают

побочного действия на плод. Высказывание «Пенициллин является высокоэффективным антибиотиком при лечении гонореи» (выбор 1) - не является правильным, так как известно, что чувствительность гонококков к пенициллину резко снизилась в результате появления штаммов этих микроорганизмов, обладающих пенициллиназой активностью (разрушающих пенициллин). Высказывание «Рифампицин является препаратом выбора для лечения гонореи» (выбор 3) является неверным, т.к. рифампицин является антибактериальным средством выбора в терапии лепры и туберкулёзной инфекции. Пенициллин не эффективен при трихомонадной инфекции (выбор 2), так как не обладает протистоцидным действием.

34. Укажите возможные клинические проявления гонококковой инфекции:

1. Уретрит
2. Цервицит
3. Конъюнктивит
4. Проктит
- +5. Всё перечисленное верно.

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5), так как гонококк имеет тропность к цилиндрическому эпителию уретры (выбор 1), цервикального канала шейки матки (выбор 2) и эпителия глаз (выбор 3), а также к эпителию нижней части прямой кишки (выбор 4).

35. Реинфекция при гонорее возникает в результате:

1. Применения пенициллина
2. Стерилизации инфицированного гонококками инструментария
3. Регулярной обработки гинекологического кресла дезрастворами
- +4. Повторного заражения

Правильный ответ: повторного заражения (выбор 4). После лечения пенициллином (выбор 1) может развиваться рецидив заболевания, так как гонококки вырабатывают фермент пенициллиназу, который разрушает пенициллин. Гонококк погибает при высоких температурах (выбор 2) и при регулярной обработке дезрастворами гинекологического кресла после осмотра каждой женщины (выбор 3).

36. Укажите причины незавершённого фагоцитоза при гонорее:

1. Ассоциация гонококка с уреаплазмами
2. Гиперпродукция гонококками эндотоксина
3. Одновременное сочетание гонококковой и трихомонадной инфекций
- +4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4), так как при ассоциации гонококка с уреаплазмами (выбор 1) происходит гиперпродукция полисахаридов и липопротеидов в наружной стенке гонококка. Гиперпродукция гонококками эндотоксина (выбор 2) приводит к повреждению (лизису) полинуклеаров. сочетание инфекций (выбор 3) приводит не только к повреждению лейкоцитов, но и к развитию эндцитобиоза (влагалищные трихомонады фагоцитируют гонококки).

37. Лабораторная диагностика гонореи включает:

1. ПЦР
2. Окрашивание патологического материала по Граму
3. Посев патологического материала на питательную среду
- +4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4); ПЦР (выбор 1) и по Граму (выбор 2) позволяет выделить в патологическом отделяемом типичные формы возбудителя. Посев на питательную среду (выбор 3) позволяет выделить гонококки с измененными морфологическими свойствами при хронических и торпидных формах и определить чувствительность гонококка к антибиотикам.

38. К критериям излеченности гонореи у женщин относят:

1. Отсутствие гонококков при исследовании материала из уретры, канала шейки матки и прямой кишки
2. Благоприятные результаты клинического и лабораторного обследования пациентки в течение 2-3 менструальных циклов
3. Отсутствие болей и пальпаторных изменений матки и придатков, дисменореи
- +4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: верно все перечисленное (выбор 4). Излеченность определяют через 7-10 дней после окончания лечения. При отсутствии гонококков в материале из уретры, цервикального канала и промывных водах ампулы прямой кишки (выбор 1) проводят провокацию. Во время очередной менструации снова берут мазки, а после ее окончания повторяют провокацию с исследованием отделяемого уретры, шейки матки, прямой кишки в течение 3 дней. Такие исследования повторяют в течение 2-х, а у лиц декретированных контингентов - 3-х менструальных циклов (выбор 2). Проводят бимануальное исследование матки и придатков (выбор 3). В случае острой гонореи пациентка находится под наблюдением врача 2 месяца, при хронической форме заболевания – 3 месяца.

39. К восходящей гонорее мочеполовых органов относятся:

1. Бартолинит
2. Уретрит

- 3. Эндоцервицит
- +4. Эндометрит
- 5. Все перечисленное

Правильный ответ: эндометрит (выбор 5) – воспаление слизистой оболочки полости матки. При остром течении гонорейного эндометрита нарушается общее состояние, повышается температура, наблюдается лейкоцитоз, появляются боли внизу живота, слизисто – гнойные или кровянистые выделения из цервикального канала. При хроническом процессе острые проявления заболевания отсутствуют, однако может нарушаться менструальный цикл, возникает болезненность матки при половом сношении. К восходящей гонорее относят: сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит. Бартолинит (выбор 1), уретрит (выбор 2), эндоцервицит (выбор 3) – проявления гонореи нижних мочеполовых путей. Бартолинит – воспаление больших вестибулярных желез, клинически проявляется гиперемией в устье протока железы, при закупорке которой может наблюдаться болезненный инфильтрат. При надавливании на железу из устья выделяется капля гноя. Уретрит (воспаление уретры) характеризуется зудом и жжением в области уретры, болью в начале мочеиспускания. При пальпации уретра болезненная. Эндоцервицит (воспаление шейки матки и слизистой оболочки канала шейки) характеризуется отеком шейки матки, серозно – гнойным или гнойным отделяемым из цервикального канала. Шейка матки отечна, гиперемирована, эрозирована. Классификация гонореи у женщин на гонорею нисходящую и восходящую имеет практическое значение в плане тактики лечения и прогноза заболевания. Восходящая гонорея у женщин может закончиться вторичным бесплодием.

40. Какие проявления гонореи редко встречаются у девочек?
- +1. Эндометрит, сальпингит
 - 2. Уретрит
 - 3. Вульвовагинит
 - 4. Бартолинит
 - 5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: эндометрит и сальпингит (выбор 1). Эндометрит и сальпингит относятся к восходящей гонорее, что у девочек до наступления менархе встречается редко. Уретрит (выбор 2), вульвовагинит (выбор 3) и бартолинит (выбор 4) являются клиническими проявлениями гонорейной инфекции у девочек до наступления менархе.

41. У человека паразитируют:
- 1. Только один вид трихомонад
 - 2. Только два вида трихомонад
 - +3. Три вида трихомонад
 - 4. Все перечисленное не верно.

Правильный ответ: три вида трихомонад (выбор 3). В ротовой полости - *Trichomonas tenax*, в желудочно-кишечном тракте - *Trichomonas hominis* и в мочеполовом тракте - *Trichomonas vaginalis*.

42. Полный цикл развития хламидий длится:

1. 3 – 4 часа
2. 6 часов
3. 24 часа
- +4. 48 – 72 часа
5. 72 – 96 часов

Правильный ответ: 48 – 72 часа (выбор 4). Жизненный цикл хламидий представлен двумя клеточными формами: метаболически неактивными элементарными тельцами (ЭТ) и вегетативными ретикулярными тельцами (РТ). ЭТ внедряются в клетку хозяина, причем одновременно в клетке может находиться несколько (ЭТ), затем через 6 – 8 часов ЭТ через промежуточные тельца превращаются в РТ, которые делятся бинарно 8 – 12 циклов. Дочерние РТ через промежуточные тельца превращаются в ЭТ нового поколения. ЭТ разрушают клетку и проникают в новые эпителиальные клетки. Лечение антибиотиками эффективно во время нахождения хламидий в стадии ретикулярных телец. При неблагоприятных условиях могут образовываться L – формы хламидий, которые длительно существуют в клетке и передаются при ее делении.

43. Выберите эффективное средство для лечения хламидийного уретрита

1. Цефалексин
2. Тербинафин
- +3. Азитромицин
4. Бициллин

Правильный ответ: азитромицин (выбор 3). Терапия урогенитального хламидиоза основана на применении препаратов, активных в отношении этого микроорганизма. Этиотропным действием обладают препараты тетрациклины, макролиды, рифампицин, а также некоторые фторхинолоны. Азитромицин при свежем хламидийном уретрите применяется однократно в дозе 1 г за 1 час до еды или через 2 часа после еды, при остальных формах – в первый день 500 мг до еды 4 раза в сутки в течение 7 дней или по 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 дней. Применяется также схема пульс-терапии азитромицином. Цефалексин (выбор 1) является антибиотиком из группы цефалоспоринов и не применяется для лечения хламидиоза. Тербинафин (выбор 2) является системным антимикотиком. Бициллин (выбор 4) – антибиотик из группы пенициллинов, не обладающий активностью против хламидий.

44. Укажите характерный путь инфицирования при урогенитальном хламидиозе?

- +1. Половой
- 2. Трансфузионный
- 3. Воздушно-капельный
- 4. Только тесный бытовой контакт
- 5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: половой (выбор 1). Механизм передачи инфекции реализуется при генитально-генитальных, генитально-анальных и генитально-оральных контактах. Внеполовые (выбор 2, 3, 4) пути передачи инфекции через загрязненное белье, руки существенного эпидемиологического значения не имеет.

45. Зрелой формой хламидий, адаптированной к внеклеточному существованию, является:

- +1. Элементарное тело
- 2. Ретикулярное тело
- 3. Все перечисленное верно
- 4. Все перечисленное неверно

Правильный ответ: элементарное тело (выбор 1) – внеклеточные неподвижные сферические организмы, которые ответственны за процесс прикрепления к клетке-мишени и проникновения в нее. Ретикулярные тела (выбор 2) – большие метаболически активные тельца, синтезирующие ДНК, РНК и белки. Это внутриклеточная форма существования паразита, которая лабильна вне клеток хозяина и является формой обеспечения репродукции микроорганизма.

46. Лабораторная диагностика урогенитального кандидоза включает следующие виды исследования:

- 1. Микроскопия
- 2. Культуральная диагностика
- 3. Полимеразная цепная реакция
- +4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Наиболее доступным исследованием является микроскопическое (выбор 1), при котором обнаруживаются скопления дрожжеподобных грибов и псевдомицелия. Дрожжеподобные грибы хорошо окрашиваются обычными методами. Культуральная диагностика (выбор 2) имеет решающее значение в постановке диагноза. Для посева используют жидкие и твердые питательные среды с углеводами. Метод ПЦР (выбор 3) позволяет определить не только возбудителя, но и его вид.

47. Дрожжеподобные грибы имеют следующие особенности:

- +1. Хорошо окрашиваются анилиновыми красителями
- 2. Плохо окрашиваются анилиновыми красителями
- 3. Не окрашиваются совсем
- 4. Все перечисленное не верно

Правильный ответ: хорошо окрашиваются анилиновыми красителями (выбор 1). Применяются методы окраски по Романовскому-Гимзе, Граму, Боголепову, Цилю-Нильсену. При окраске по Граму грибы темно-фиолетовые или окрашены неравномерно, по Цилю-Нильсену - имеют синий цвет с розово-желтой зернистостью, включениями липидов, при окраске по Романовскому-Гимзе видны розовато-фиолетовые клетки дрожжеподобных грибов.

48. Чем вызывается болезнь Рейтера?

- 1. Микоплазмами
- 2. Уреоплазмами
- 3. Хламидиями
- +4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Болезнь Рейтера представляет собой системное заболевание инфекционно-аллергической природы, которое, как правило, возникает вследствие инфицирования половым путем у лиц с генетической предрасположенностью, а также у переболевших неспецифическим уретритом, дизентерией, иерсинеозом. Хламидии (выбор 3) наиболее часто являются причиной развития болезни Рейтера. Микоплазмы (выбор 1) и уреоплазмы (выбор 2) редко вызывают системное поражение.

49. Какие из перечисленных состояний не являются признаками болезни Рейтера?

- 1. Поражение мочеполовых органов
- 2. Поражение глаз
- +3. Поражение волос
- 4. Поражение суставов
- 5. Поражение кожи и слизистых

Правильный ответ: поражение волос (выбор 3). Данный симптом не встречается при болезни Рейтера. Поражение мочеполовой системы (выбор 1) может протекать в виде уретропростатита у мужчин и в виде цервицита и аднексита у женщин. Поражение глаз (выбор 2) чаще протекает в виде конъюнктивита. Поражение суставов (выбор 4) происходит по типу асимметричного реактивного артрита, и является самой частой суставной патологией у молодых мужчин. Поражение кожи и слизистых (выбор 5)

может протекать в различных формах: встречаются кольцевидный баланопостит, кератодермия ладоней и подошв, изменения ногтей, псориазиформные высыпания.

50. Какой признак не характерен для трихомонад?

- +1. Способность сохранять вирулентность при действии высоких температур
- 2. Способность расти на анаэробных средах
- 3. Способность повторять рельеф эпителиальной клетки
- 4. Заразительность при половом контакте

Правильный ответ: способность сохранять вирулентность при действии высоких температур (выбор 1). Трихомонады неустойчивы во внешней среде: они погибают при высушивании за несколько секунд, губительное действие на них оказывает температура выше 40 градусов, прямые солнечные лучи, замораживание, антисептики. Они способны расти на анаэробных средах (выбор 2), оптимум роста наблюдается при pH среды 5,5-7,5 и температуре 35-37. Трихомонады способны повторять рельеф эпителиальной клетки, на которой они паразитируют (выбор 3), а также проникать в узкие щели между клетками и инвагинировать в клетку хозяина. При половом контакте трихомонады, попадая в уретру, фиксируются на клетках плоского эпителия слизистой оболочки, проникают в железы мочеиспускательного канала и лагуны, вызывая клинические симптомы трихомониаза (выбор 4).

51. Какой фактор не является патогенетическим при трихомониазе?

- 1. Интенсивность инфекционного воздействия
- 2. pH влагалищного секрета
- 3. Физиологическое состояние эпителия
- +4. Образование цист

Правильный ответ: образование цист (выбор 4). Трихомонады не образуют цист или каких-либо других форм устойчивости, обеспечивающих их развитие вне человеческого организма. Клинические проявления зависят от интенсивности инфекционного воздействия (выбор 1). При проникновении небольшого количества возбудителя воспалительная реакция не развивается или развивается незначительно. При массовом проникновении она увеличивается. pH влагалищного секрета (выбор 2) имеет важное значение, поскольку оптимум среды для трихомонад отмечается при pH 5,5-7,5, поэтому ощелачивание среды влагалища или уретры приводит к размножению трихомонад. Физиологическое состояние эпителия (выбор 3) имеет важное значение, поскольку клетки микроорганизма прикрепляются к эпителию, и его повреждение ведет к более массивной инвазии возбудителя.

52. Какой метод является стандартом для диагностики генитального герпеса?

- 1. Вирусологический
- +2. ПЦР

3. Микроскопический

4. Выявление антигенов ВПГ

Правильный ответ: ПЦР (выбор 2). Молекулярно-генетическая диагностика (ПЦР) (выбор 2) является современным методом быстрой диагностики генитального герпеса. Метод высокочувствителен (95%) и специфичен (90-100%). При микроскопическом исследовании (выбор 3) невозможно идентифицировать вирусы, но выявляются гигантоклеточные поврежденные ими кератиноциты. Вирусологические методы (выбор 1) являются «золотым стандартом» в диагностике герпетической инфекции. Чувствительность этих методов - 80-100%, специфичность - 100%. Используют следующие методы: заражение клеточных культур, заражение 12-13 дневных куриных эмбрионов, заражение экспериментальных животных, однако на практике их принимают в экспериментальных исследованиях.

53. Какие состояния относят к урогенитальному кандидозу у женщин?

1. Кандидоносительство
2. Острый кандидозный вульвовагинит
3. Хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит
4. Кандидозный цистит
- +5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Под кандидоносительством (выбор 1) понимают полное отсутствие клинических признаков кандидоза на фоне постоянного обнаружения псевдомицелия и иногда – почкующихся клеток. Кандидоносители являются источниками заражения половых партнеров, а также новорожденных при родоразрешении. Острый и хронический кандидозный вульвагинит (выбор 2 и 3) различаются по продолжительности течения и по степени выраженности клинических проявлений (зуд, творожистые выделения из половых путей).

54. Выберите препарат для лечения трихомониаза:

- +1. Метронидазол
2. Флуконазол
3. Ацикловир

Правильный ответ: метронидазол (выбор 1). Метронидазол является препаратом выбора для лечения трихомонадной инфекции несмотря на то, что количество штаммов трихомонад, нечувствительных к нему, возрастает. Флуконазол (выбор 2) – это системный антимикотик, который применяется для лечения кандидозной инфекции. Ацикловир (выбор 3) – противовирусный препарат. Применяется короткими курсами для купирования острых проявлений герпетической инфекции и длительно профилактики рецидивов в случае хронической рецидивирующей герпетической инфекции.

55. Какие методы диагностики трихомонадной инфекции используют у женщин?

1. ПЦР
2. Нативный или «влажный» мазок
3. Микроскопическое исследование с окраской метиленовым синим
4. Культуральный
5. Серологический
- +6. Все перечисленные

Правильный ответ: Все перечисленное. ПЦР (выбор 1) является высокоспецифичным и чувствительным тестом. Нативный или «влажный» мазок (выбор 2). В первый час после взятия материала исследуют нативный или «влажный» мазок, то есть материал без окраски. В нем можно выявить подвижные клетки трихомонады. Этот метод особенно эффективен при остром заболевании. Исследование окрашенных мазков (выбор 3) несколько повышает вероятность обнаружения трихомонад за счет учета не только подвижных, но и неподвижных клеток. Кроме того, при просмотре окрашенных мазков лучше выявляется ряд вспомогательных признаков, которые косвенно указывают на наличие воспалительного процесса (лейкоцитоз). Трихомонады в препаратах, окрашенных метиленовым синим, имеют округлую или овальную форму с интенсивно окрашенными в синий цвет ядрами; цитоплазма клеток светло-синяя, размер больше лейкоцита. Культуральный метод (выбор 4) является наиболее достоверным и чувствительным по сравнению с микроскопическим исследованием. В большей степени его эффективность зависит от качества используемых питательных сред. К методам непрямой диагностики мочепополового трихомониаза относятся серологические реакции (выбор 5), позволяющие определить титр иммуноглобулинов, циркулирующих в крови. Однако низкая иммуногенность и наличие различных серотипов *T. vaginalis* значительно затрудняют получение достоверных результатов в иммунодиагностике.

КАРТА УМК ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Специальность «Дерматовенерология» - субординаторы акушеры-гинекологи

Кафедра «Дерматовенерология и косметология»

№	Документы, составляющие УМК	Информация		Примечание
		Кейсовый вариант	Электронный вариант	
1	Рабочая программа	Имеется в наличии	на сайте ВГМУ	На кафедре,
2	Базовый учебник, учебное пособие, конспект лекций (изданные)	Имеется в наличии	-	В библиотеке ВГМУ
3	Методические указания по выполнению курсового проекта	Уч. планом не предусмотрен	-	-
4	Материалы для контроля знаний	Тестовые задания	-	На кафедре
5	Рекомендуемая литература по дисциплине (основная - 0,5 экз. на студента, дополнительная – 0,25 экз.) в учебном фонде библиотеки ВГМУ	Имеется	-	Фонд библиотеки ВГМУ

Учебное издание
Козин Владимир Михайлович
Катина Мария Александровна
Козина Юлия Владимировна

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Методические рекомендации

Компьютерная верстка и оформление
Катиной М.А., Козиной Ю.В.

Подписано в печать _____. Формат 60х84 1/16.
Бумага типографская №2. Ризография.
Усл. печ. л. _____. Уч. изд. л. _____.
Тираж _____ экз. Заказ № _____.
Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет».
ЛП №02330/453 от 14.12.2020г.
Пр-т Фрунзе, 27, 210023, г.Витебск